Клиническая психология

Карл Хайнц Бриш

Терапия нарушений привязанности

От теории к практике

Клиническая психология

Karl Heinz Brisch

Bindungsstörungen

Von der Bindungstheorie zur Therapie

Klett-Cotta

Карл Хайнц Бриш

Терапия нарушений привязанности

От теории к практике

Москва
Когито-Центр
2012

УДК 159.9
ББК 88
Б 87

Перевод с немецкого
С. И. Дубинской

Бриш К. Х.

Б 87 Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. Пер. с нем. – М.: Когито-Центр, 2012. – 316 с. (Клиническая психология)

ISBN 978-3-608-94532-4 (нем.)
ISBN 978-5-89353-363-7 (рус.)

УДК 159.9
ББК 88

В книге с позиции психоанализа рассказывается об опыте применения теории привязанности в клинической практике. Кратко изложена история возникновения теории привязанности, представлены методы и результаты научных исследований по данной проблеме, а также различные подходы к классификации так называемых «нарушений привязанности». Научные выводы подкрепляются описанием отдельных показательных случаев из клинической практики на материале историй болезни всех возрастных групп пациентов. В заключительной части книги рассказывается о возможностях плодотворного практического применения знаний по теории привязанности в таких областях, как профилактика, педагогика, семейная и групповая терапия.

ISBN 978-3-608-94532-4 (нем.)
ISBN 978-5-89353-363-7 (рус.)

Посвящаю эту книгу
моим детям Верене, Николя и Джонатану
и моей жене Лиззи.
Благодаря им я много узнал о привязанности.

«В теории привязанности стремление к близким эмоциональным отношениям понимается как основной, специфически человеческий элемент, заложенный еще у новорожденного и сохраняющийся до старости. В младенческом и младшем детском возрасте (от 1 до 3 лет) привязанность к родителям (или соответствующим замещающим их фигурам) обеспечивает нам, кроме защиты и дружелюбного внимания, помощь и содействие этих лиц; даже при здоровом психическом развитии эта привязанность сохраняется и во взрослой жизни, дополняемая новыми, чаще всего гетеросексуальными связями.

Несмотря на огромное значение пищевого инстинкта и сексуального влечения, привязанность как таковая из-за своей жизненно важной защитной функции имеет самостоятельное значение».

Джон Боулби. Привязанность к родителям
и развитие личности

Содержание

Благодарности

Многим людям я благодарен за помощь в создании этой книги, ведь без них я никогда не смог бы написать ее за такое короткое время.

Особо благодарю Лотту Кёлер, которая подала мне идею написания этой книги, а также с самого начала вдохновила меня на создание рукописи. С большой увлеченностью она много раз читала эту рукопись в разных ее версиях и делала различные критические замечания, которые я учел. Кроме того, она постоянно ободряла меня и была для меня, так сказать, «надежной опорой».

Карин Гроссманн я благодарен за ее замечания к теоретической части, которые очень помогли мне, а также за ее идеи относительно трактовки с точки зрения теории привязанности показательных примеров из практики.

Моя сотрудница Анна Буххайм привнесла в нашу рабочую группу свои знания по теории привязанности и по исследованиям привязанности. Благодаря им за годы нашей совместной деятельности она выступала в многочисленных дискуссиях с разнообразными инициативами, которые в той или иной степени вошли в эту книгу. Я выражаю благодарность ей, а также моим сотрудникам Гезине Шмюкер, Бригитте Кёнтоп, Сюзанне Бетцлер, Доро Мунц, Кристине Беммерер-Майер, Герхарду Малеру, Утте Барт и Ирине Циммер за внимательное прочтение рукописи.

Хорста Кэхеле я благодарю за его критический разбор теоретической части и за ценные указания. Он отметил «нестыковки» в тексте, а также высказал ряд других полезных замечаний. Педиатру Вальтеру Теллеру я выражаю благодарность за то, что он проверил текст на предмет понятности для не психотерапевтов, высказал критические замечания и внес предложения по его улучшению, что сделало книгу более удобочитаемой.

Кроме того, я чувствую необходимость выразить благодарность за чтение рукописи, полезные комментарии, а также за дружескую помощь и поддержку всем коллегам и друзьям: Йоханнесу Брему, Хансу Хопфу, Аннегрет Райн, Кристофу Валкеру.

Особую благодарность выражаю моему секретарю Биргит Фогель, которая с самого начала работы с особой увлеченностью печатала рукопись. Без ее активного участия эту книгу никогда не удалось бы создать в такие сжатые сроки.

Благодарю мою жену Лизи, без эмоциональной поддержки и критических замечаний которой я не смог бы так хорошо справиться с нагрузками этого трудного периода. Моим детям я благодарен за понимание, потому что за это время им часто приходилось обходиться без меня. Моя дочь справедливо заметила, что в этой книге нужна глава о том, какие «расстройства» могут появиться в отношениях привязанности в семье, когда отец пишет книгу.

Благодарю также Матильду Фишер, просьба которой побудила меня к изданию этой книги. В течение всего периода ее создания Матильда, тогда работавшая редактором в издательстве «Клетт-Котта», с воодушевлением сопровождала этот процесс, она также позаботилась о том, чтобы эта книга в ее первом издании была выпущена в кратчайшие сроки.

Отдельное спасибо д-ру Хайнцу Байеру из издательства «Клетт-Котта», выступившему инициатором опубликования нового, переработанного издания, а также Кристель Бек за быстрый выход книги из печати. Я выражаю огромную благодарность г-ну Томасу Райхерту за то, что он в рекордно короткие сроки отредактировал это новое издание, великолепно справившись с трудной задачей соединения новых и старых частей книги в единое целое.

Здесь я также хотел бы поблагодарить всех пациентов и их родителей, давших согласие на публикацию описания своих случаев и предоставивших тем самым незаменимую основу для этой книги.

Предисловие Лотты Кёлер

В 1950-е годы английский психоаналитик Джон Боулби получил два поручения: составить доклад для Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о психическом состоянии родителей и бездомных детей, а также создать в лондонской Тэвистокской клинике отделение детской психотерапии. Научные выводы, к которым он при этом пришел, привели его к разработке новой теории, отходящей от психоаналитической метапсихологии, к так называемой «теории привязанности».

Согласно этой теории, человек, точно так же, как и многие другие живые существа, обладает биологически заложенной «системой привязанности». Она активируется, как только возникает какая-либо внешняя или внутренняя опасность. Когда эта опасность не может быть устранена собственными силами, запускается механизм так называемого «поведения привязанности». Тогда маленький ребенок обращается к хорошо знакомому человеку, например к матери или отцу, к которым испытывает совершенно особую «привязанность». В эти отношения привязанности входят чувства, ожидания и стратегии поведения ребенка, которые он выработал на основании опыта общения с важнейшими заботящимися о нем лицами.

Хотя так называемый паттерн привязанности, проявляющийся в приспособлении к этим лицам в течение первого года жизни ребенка, со временем изменяется, в своих основных структурах он в большинстве случаев остается относительно постоянным.

Новорожденный «человеческий детеныш», а затем маленький ребенок несамостоятелен, и поэтому взрослый человек, обеспечивающий ему защиту и заботу, а также испытывающий к нему привязанность, жизненно важен для малыша. Однако потребность в «надежном убежище или безопасной гавани», другими словами – в надежном человеке, к которому он испытывал бы привязанность и который в опасных ситуациях обеспечил бы защиту и помощь, сохраняется в течение всей жизни. У взрослых людей в такой ситуации также активируется сложившаяся в раннем детстве система привязанностей, которая вызывает поведенческое проявление привязанности с поиском защиты.

Когда Боулби в 1960-е годы представил эти идеи своим коллегам в Лондоне, он столкнулся с ожесточенным сопротивлением со стороны психоаналитиков, так как его теория была основана не на популярной тогда метапсихологии и теории влечений Фрейда, а на моделях теории систем и кибернетики. Боулби упрекали также в том, что он занимается лишь объяснением «поведения», а не «внутренней реальностью», которую изучают психоаналитики.

Следствием этих разногласий было то, что пути психоанализа и теории привязанности разошлись[1].

Академическая психология развития, напротив, приняла и интегрировала теорию привязанности Боулби, потому что его ученики разработали методы исследования, дававшие объективируемые и воспроизводимые результаты, например касавшиеся поведения привязанности и паттернов привязанности. Разработанная сотрудницей Боулби, Мэри Эйнсворт, методика исследования детей в возрасте от 12 до 18 месяцев, получившая название «Незнакомая ситуация», стала стандартным инструментом в психологии развития.

Важный качественный скачок произошел, когда Мэри Мэйн с коллегами разработали методику проведения обследования взрослых людей путем опроса и оценки их ответов. Полученные результаты позволили сделать достоверный вывод о том, что внутренняя установка матери определяет будущий паттерн привязанности, а с ним и поведение ее ребенка.

Результаты проведения так называемого «Интервью о привязанности для взрослых» с беременной женщиной позволяют сделать обладающее высокой степенью валидности предсказание относительно паттерна привязанности, который сложится у ее еще не рожденного ребенка к возрасту одного года. Тем самым было получено доказательство, что внутренние репрезентанты матери определяют ее поведение по отношению к ребенку. Это дало повод для повторного сближения теории привязанности и психоанализа.

И именно на этих позициях мы сейчас и находимся.

Однако прежде чем обратиться к вопросу о полезности знаний по теории привязанности для клинической практики, напомним исходные методологические положения психоанализа и теории привязанности. Они позволяют понять, почему психоанализ и научное исследование привязанности так долго шли разными путями.

Научные выводы психоаналитиков основываются на материале, полученном в ходе лечения, с помощью метода свободных ассоциаций, а также на проявлениях переноса и контрпереноса. Аналитик создает с пациентом реконструкцию истории его развития, чтобы таким способом докопаться до сути условий, которые привели к возникновению его психического расстройства. При этом учитываются не только аспекты привязанности, но и вся личность в интенсивном сотрудничестве между пациентом и психотерапевтом на протяжении длительного времени. Психоаналитические выводы стоятся главным образом на основании изложения отдельных случаев.

В научном исследовании привязанности, напротив, изучаются ответы на целенаправленные и вместе с тем узкоспециальные вопросы. Собираются данные о предварительно определенных возрастных группах детей; затем они изучаются с помощью количественных и качественных методов, а также оцениваются статистически. Еще одна особенность научных исследований привязанности состоит в том, что с помощью объективируемых инструментов наблюдения могут быть исследованы целые «когорты» пар «родитель–ребенок»,

начиная уже с внутриутробной жизни и до достижения зрелого возраста. Такие систематические исследования, проводимые на протяжении долгого времени, в психоанализе встречаются лишь в единичных случаях. Эти исследования, как и вообще результаты современных научных исследований младенцев, доказывают правильность позиции Боулби, утверждавшего, что нельзя пренебрегать влиянием внешней реальности на формирование внутренней.

Результаты исследований привязанности имеют то преимущество, что могут быть повторены, но в отличие от метода психоанализа они всегда затрагивают только отдельные эпизоды развития или некоторые части личности. Такой «избирательный взгляд» теории привязанности все время подчеркивает и Бриш; теория привязанности не претендует на освещение всех аспектов человеческой личности.

Распространение и изучение теории привязанности привело к появлению множества публикаций, которыми заполнены целые библиотеки. Были получены важные данные о том, какие вообще бывают паттерны привязанности и различные стили поведения привязанности, при каких условиях они в каждом случае формируются и как развиваются дальше в течение жизни. Это, в свою очередь, позволяет сделать выводы о том, какие паттерны привязанности следует рассматривать в нынешних социальных условиях как адаптивные, а какие – как модели с нарушенной адаптацией или даже как патогенные. Ведь есть такие паттерны привязанности, которые вполне могли способствовать сохранению жизни во время чумы и войны, но в наши дни они оказываются скорее вредными.

Ситуация, когда пациент в поисках помощи обращается к врачу или психотерапевту, представляет собой один из тех пусковых механизмов, которые активируют систему привязанности. Поэтому понятно, что знание различных проявлений этих паттернов привязанности и условий их возникновения имеет огромное значение для всех врачебных и медицинских профессий. Это знание помогает как в установлении хороших отношений с пациентом (что имеет решающее значение для успешного лечения), так и в понимании терапевтического процесса в целом и в его реализации на практике.

Развитие теории привязанности происходило в значительной степени в англосаксонском мире. Исключение составляют лишь представители психологии развития Клаус и Карин Гроссманн из Регенсбургского университета и их ученики, которые занимаются исследованиями привязанности в Германии. Вследствие этого теория привязанности в немецкоязычных странах пока еще мало известна аналитикам и психотерапевтам. Возникает потребность в соответствующей информации.

Так как прошло всего лишь несколько лет с тех пор, как психоанализ признал значение теории привязанности, пока еще почти нет литературы, в которой с психоаналитической точки зрения рассказывалось бы об опыте применения теории привязанности в клинической практике, литературы о «нарушениях привязанности» и о «психопатологии привязанности».

Этот пробел восполняет данная книга Карла Хайнца Бриша. Он кратко описывает путь становления личности Джона Боулби и историю возникновения теории привязанности, представляет методы и данные научных исследований привязанности, а также знакомит читателя с различными формами так называемых «нарушений привязанности».

И наконец, Карл Хайнц Бриш обращается к психоаналитическому методу представления отдельных показательных случаев из практики и разъясняет применение этих научных выводов на материале многочисленных историй болезни, впечатляющих и весьма поучительных для клинициста и практика, которые он интерпретирует с точки зрения теории привязанности. Фокусировка внимания на важных аспектах привязанности может создать впечатление некоторой односторонности. Но она необходима в дидактических целях, чтобы читатель смог разобраться в тонкостях понимания этих случаев с точки зрения теории привязанности. При этом автор данной книги неоднократно повторяет, что теория привязанности может объяснить лишь часть всей личности, однако такую часть, которая имеет решающее значение для межличностных взаимоотношений. Кроме того, на отдельных примерах он разъясняет, к каким терапевтическим последствиям могла бы привести другая точка зрения. Эти сравнения позволяют читателю интегрировать новые знания с уже имеющимися.

Описание конкретных случаев из практики весьма актуально и по другой причине, которая вызывает оживленную дискуссию. Паттерны привязанности, приобретенные в раннем детстве, сохраняются в так называемой «процедурной памяти» как бессознательные модели поведения и переживания. Однако в ходе дальнейшего развития они частично становятся явными и тем самым доступными для рефлексии. Возможно, это открывает доступ сознания к проблемам привязанности, что позволяет – через целенаправленное обращение к важным для привязанности проблемам, интегрируемое с «новым опытом» в переносе, – изменить неосознанные процедурные установки.

В университетской клинике города Ульм Карл Хайнц Бриш занимается как объективируемыми исследованиями привязанности, так и клиническим психоанализом. Таким образом, он хорошо разбирается и в том, и в другом. Получив серьезную подготовку по различным врачебным специальностям: психиатрии, неврологии, детской и подростковой психиатрии и медицинской психотерапии, он смог также наладить сотрудничество с представителями смежных дисциплин в медицине, а также с социальными работниками и школьными учителями. Он обосновал возможность психотерапевтической интервенции, основанной на привязанности, так что его взгляд на проблемные случаи стал более зорким и таких пациентов стали направлять к нему.

Текст книги наглядно показывает, каким плодотворным может быть сотрудничество между терапевтом, знакомым с теорией привязанности, и упомянутыми профессиональными группами. Это относится, в первую очередь, к гинекологам и детским врачам, но в принципе и к представителям всех вра-

чебных и медицинских, а также социальных профессий и даже к представителям больничных касс. В частности, описания случаев из практики ясно показывают, без скольких дорогостоящих обследований, вмешательств и курсов лечения можно обойтись в тех случаях, когда именно нерешенные проблемы привязанности ведут к соматическим заболеваниям и ошибочным действиям, приводящим к болезни, например при склонности попадать в несчастные случаи. Эта книга дает читателю представление о таких взаимосвязях и информирует о признаках, которые заставляют заподозрить, что в основе заболевания лежит нарушение привязанности.

И наконец, в заключительной части книги Бриш излагает свои представления о возможностях плодотворного практического применения знаний по теории привязанности в таких областях, как профилактика, педагогика, семейная и групповая терапия. И даже если бы удалось реализовать на практике всего лишь некоторые положения этой книги, заставляющие задуматься над многими вещами, это было бы отрадным явлением и большим успехом.

Предисловие автора

Я до сих пор хорошо помню, как, изучая психоанализ, прочитал трехтомник произведений Боулби о привязанности, сепарации и потере; мне также были интересны его положения о важности развития привязанности. Но поскольку я не знал, как применить эту увлекательную теорию в своей психотерапевтической практике, а теория привязанности не играла никакой роли на семинарах, на которых разбирались отдельные клинические случаи, Боулби как-то отошел на второй план.

И только во время своей врачебной специализации по общей, а также по детской и подростковой психиатрии я снова обратился к теории Боулби. В многочисленных историях болезни я обнаружил очевидный факт: в возникновении заболеваний многих пациентов важную роль сыграли переживания, связанные с разлукой и потерями. Именно в детской и подростковой психиатрии тема *привязанности, разлуки, сепарации, разрыва, отделения* в той или иной степени прорабатывается почти в каждом клиническом случае.

Затем, став руководителем амбулатории детской и подростковой психиатрии и психотерапии при университетской клинике города Ульм, я занимался, в частности, психотерапевтическим лечением родителей, чьи дети родились очень маленькими и недоношенными и находились в отделении неонатологии университетской клиники. В свое время, когда я учился на курсах повышения квалификации по педиатрии, там читали неонатологию, это было так давно, что мне с трудом верилось, что сегодня выживают такие крохотные недоношенные дети. Из многочисленных бесед с родителями недоношенных мне стало ясно, что они находились в состоянии особенно глубокого психического кризиса, который я бы назвал «травмой преждевременных родов». Эти родители скорбят о потере беременности, которая закончилась слишком рано, иногда «как гром среди ясного неба». Психически они были совершенно не готовы к этому. Я осознал, как трудно таким родителям, несмотря на неограниченное время посещения, дается эмоциональная привязанность к этим очень маленьким недоношенным детям; когда начало жизни протекает совсем не так, как ожидалось, а недоношенного младенца часто в течение многих недель приходится выхаживать в специальном инкубаторном аппарате.

Этот клинический опыт послужил стимулом для моей плодотворной научно-исследовательской работы вместе с Франком Поландтом, руководителем секции неонатологии и педиатрической реаниматологии в университетской клинике города Ульма, и руководимым им коллективом. Он занимается вопросами развития привязанности у таких очень маленьких недоношенных

детей. Кроме того, было проведено еще одно исследование по превентивной психотерапии для родителей таких детей.

На стадии планирования наших исследований мне посчастливилось познакомиться с Анной Буххайм, которая прошла курс обучения у Клауса Гроссманна в Регенсбурге и привнесла в мой коллектив, работавший в Ульме, свои знания по теории привязанности. Это положило начало интенсивному сотрудничеству специалистов из Ульма, занимавшихся клиническими исследованиями привязанности, и ученых из Регенсбурга, проводивших фундаментальные исследования, – Клауса Гроссманна, Карин Гроссманн и возглавляемого ими коллектива.

С тех пор благодаря плодотворному сотрудничеству с университетской гинекологической клиникой в Ульме мы проводим более широкие клинические исследования привязанности. Теперь они охватывают различные периоды пренатального и перинатального развития, так что сегодня мы занимаемся, помимо прочего, и вопросом влияния пренатальной диагностики, а также беременности с факторами риска и с угрозой преждевременных родов, на развитие детей в последующие годы жизни. Мы также изучаем социальное взаимодействие матери и ребенка, а также привязанность таких детей к своим родителям.

Мы занимаемся не только вопросами фундаментальных исследований, но и предлагаем родителям с такими проблемами пройти соответствующий курс психотерапии, потому что, с нашей точки зрения, если мы хотим своей работой улучшить положение людей, столкнувшихся с такими проблемами, фундаментальные исследования и психотерапевтическая интервенция должны быть тесно связаны друг с другом.

Такое сочетание психотерапевтических научных исследований и клинической практики в сфере, которой до сих пор пренебрегали, стало возможным только благодаря кооперации между представителями различных узких специальностей – в данном случае это педиатрия, акушерство, пренатальная медицина, психотерапия и психосоматика, а также детская и подростковая психиатрия. Такой обмен опытом держится на энтузиазме участников нашей рабочей группы, а также на открытости и интересе к нашим вопросам коллег из других клиник. Без способности моего коллектива устанавливать и поддерживать связи («привязанности»), выходя за узкопрофессиональные границы, наша деятельность была бы обречена на провал.

Мы бы не смогли реализовать долгосрочных планов своих научных исследований, посвященных развитию детей из группы риска и детско-родительским отношениям в первые годы жизни (поскольку у нас не было подходящего помещения), если бы не дальновидность и усилия Хорста Кэхеле и не финансовая поддержка Фонда Кёлера (г. Дармштадт). Благодаря им мы получили возможность осуществить в так называемом «Желтом доме»* проект

* Институт раннего детского развития и исследований родителей и ребенка. – *Прим. пер.*

«Исследование раннего детского развития и детско-родительских отношений» с необходимым научно-исследовательским оборудованием для видеозаписи и оценки отснятого материала[2].

По мере продвижения этой исследовательской работы, основанной на изучении привязанности, и накопления знаний по теории привязанности, я отмечал, что они оказывают все большее влияние на мой подход к терапии и на мои действия. Теперь я смог на многое посмотреть под другим углом зрения и, по-моему, с пользой для терапевтического процесса и для развития пациентов.

И наконец, в ходе проведения недель психотерапии в Линдау в 1998 году Матильда Фишер, работавшая тогда редактором в издательстве «Клетт-Кота», убедила меня написать книгу о практическом применении теории привязанности в психотерапии. У меня были сомнения в своевременности такой книги. Благодаря содействию многих людей, особенно Лотты Кёлер, и вдохновленный их поддержкой, я решил поделиться опытом своей терапевтической работы, в которой я применяю положения теории привязанности. Причем я решился прибегнуть к «казуистике»* как форме изложения, поскольку убежден, что практики лучше всего учатся на клинических примерах. Правда, результаты, полученные в приводимых в книге случаях из практики, не поддаются обобщению, но у меня и не было такого намерения.

Любое изложение истории пациента сталкивается с этическим силовым полем, образующимся между правами на защиту информации о пациенте и охраной сферы его личной жизни, с одной стороны, и научным интересом к «казуистике» – с другой. Когда не удавалось получить согласия пациентов, например, потому, что они переехали, а установить их новый адрес не было возможности, индивидуальные приметы в книге приходилось изменять до неузнаваемости. Правда, при этом были сохранены важнейшие показатели психодинамики, чтобы можно было все-таки проследить за возникновением расстройства и ходом лечения.

Так как теория привязанности показывает, что привязанность остается на всю жизнь, а не заканчивается после первого года жизни, я выбрал примеры из всех возрастных групп. Истории случаев я все время компоновал по одной и той же схеме, что позволяет легко ориентироваться в многообразии случаев клинического спектра. Сначала описывается первый контакт и та мизансцена, которая разыгрывалась между мной и каждым пациентом. Затем следует изложение симптоматики и биографического анамнеза. Из этого делаются выводы о соответствующей динамике привязанности, и по дидактическим соображениям они специально сфокусированы именно на теме привязанности. Однако в зависимости от психотерапевтической ориентации могут быть также выдвинуты и другие психодинамические гипотезы, а из них выведены и другие подходы. В некоторых местах я привожу собственные рассуждения,

---

* Имеется в виду рассмотрение отдельных случаев в их связи с общими принципами. – *Прим. пер.*

основанные на другой теоретической базе, чтобы побудить читателя к нестандартному мышлению. Описание хода лечения завершается комментариями по поводу терапии и дополнениями из катамнеза, если таковые известны.

В этой книге я занимаюсь разработкой новой области научных исследований, поэтому она представляет собой некую выборку, моментальный снимок их состояния, содержит мои собственные мысли и мой личный взгляд на эту тему в данный момент.

Я не собираюсь с помощью этой книги основывать новую школу психотерапии. Скорее я могу себе представить, что «привязанность» – это решающая переменная величина в психотерапевтическом процессе, которая занимает важное место в общей модели психотерапии, объединяющей разные школы (так называемой «generic model of psychotherapy»).

Карл Хайнц Бриш,
декабрь 1998 г.

Предисловие автора к новому, переработанному и дополненному изданию

С момента выхода первого издания этой книги было накоплено огромное количество новых знаний по проблеме привязанности, а также практического применения теории привязанности, поэтому появилась необходимость в новом, переработанном издании. В него добавлены новые важные научные выводы из области нейробиологии, генетики, психотравматологии и исследований в области профилактики заболеваний; в некоторых местах книги они отражены в виде дополнений со ссылками на современную литературу, кроме того, обсуждается их значение для развития психопатологии. Специальный краткий обзор посвящен значению дезорганизованной привязанности для возникновения психических расстройств, а также межпоколенческой передачи травматического опыта родителей; эти материалы представлены в контексте выводов психотравматологии и генетики. Все больше выясняется, что развитие, начавшееся со здоровой надежной привязанности и идущее через ненадежную и дезорганизованную привязанность к нарушению привязанности, представляет собой континуум, на который оказывает влияние соответствующий опыт общения ребенка с важными для него лицами. В этой связи в книге особо разбирается сочетание дезорганизованной привязанности с нарушением внимания и гиперактивностью, так же как и новые возможности диагностики привязанности в различных возрастных группах. Опыт ребенка, связанный с проявлениями чуткости и эмпатии (опыт защиты, безопасности, а также исследовательского поведения), способствует его надежной привязанности, в то время как на почве травматического опыта, связанного с любыми формами насилия, которому ребенок подвергается и перед которым он беспомощен, могут развиться различные патологии, вплоть до тяжелейших форм расстройств привязанности.

Глава о профилактике была дополнена описанием программы *SAFE*® – *Sichere Ausbildung für Eltern* (Программа надежности для родителей), а также программы *B. A. S. E.*® – Babywatching in Kindergarten und Schule (Наблюдение за младенцами в дошкольных учреждениях). Профилактическая программа *SAFE*® начинается еще во время беременности женщины и сопровождает родителей до конца первого года жизни их ребенка с целью обеспечения надежной привязанности как можно большего количества детей к родителям для приобретения таким способом фактора защиты на всю жизнь и для здорового развития личности. В настоящее время эта программа благодаря обучению так называемых наставников по *SAFE*® получила широкое распространение не только в Германии, но и в других странах Европы, а также в Новой Зеландии, Австралии, Сингапуре. Наша цель состоит в том, чтобы в будущем учас-

тие в этой программе для родителей стало таким же само собой разумеющимся, как посещение курсов по подготовке к родам. Программа *B. A. S. E.*® – это особая форма обучения эмпатии для детей, посещающих детский сад и школу. С помощью реального наблюдения за социальным взаимодействием матери и младенца (под руководством наставников) дети должны научиться ставить себя на место матери и ребенка с их мыслями, чувствами и намерениями, а также переносить эту новую способность на общение друг с другом во время своих обычных игр. Результаты исследований вселяют оптимизм, так что наблюдение за младенцами получает дальнейшее распространение и в Европе, и в Новой Зеландии, и в Австралии.

В то время как в научных исследованиях, а также в клинической практике применительно к развитию привязанности до сих пор предпочтение отдавалось диадным отношениям, в данной книге в отдельной главе подробно описывается, как различные паттерны привязанности могут проявляться и в группах, и в поведении одного человека по отношению к группам.

Теория привязанности приобретает совершенно новое социальное звучание ввиду того, что все больше младенцев и детей второго и третьего года жизни посещают детские дошкольные учреждения, работа которых основана на концепции пребывания ребенка вне семьи в больших группах в течение целого дня. Здесь теория привязанности может внести существенный вклад в разработку вопроса о соответствии яслей и детских садов определенным требованиям и поддержании некоего абсолютно необходимого уровня качества детских учреждений; особенно это касается работающих в них воспитательниц.

Подводя итоги, можно сказать, что это новое издание знакомит читателя с современным состоянием научных исследований и описывает новые клинические области их применения, а также основы профилактики расстройств привязанности.

Желаю читателям – представителям всех профессиональных групп, а также родителям, расширяющим свой кругозор, оценить благодаря данной книге вклад теории привязанности в самые разные сферы и хочу, чтобы это вдохновило их на открытие для себя совершенно новых возможностей ее применения.

Карл Хайнц Бриш,
февраль 2009 г.

Введение

В психотерапевтической работе с младенцами и их родителями, с маленькими детьми, детьми и подростками, а также со взрослыми мы задаемся вопросом, откуда берет начало развитие определенной психической симптоматики. В настоящее время все психотерапевтические школы, независимо от их направления, признают решающую роль раннего детства в развитии психопатологических симптомов (Kächele et al., 1999; Resch, 1996).

Психоаналитическая теория сначала создавалась на основе опыта лечения взрослых пациентов. На базе выводов о психодинамических взаимосвязях, выделенных в ходе терапии, делались заключения о раннедетских стадиях и их значении для психического развития. Для теории, возникшей таким образом, был характерен так называемый «патоморфизм взрослых» (Adult-to-Patho-Morphismus): симптомы болезни во взрослом возрасте понимались и интерпретировались как регрессия на стадии нормального раннедетского развития. Особую роль при этом играли такие понятия, как «инфантильная регрессия» и «фиксация на раннедетских стадиях развития». В начале создания своей теории Фрейд еще выдвигал на первый план значение реальных переживаний, связанных с соблазнением; реальный ранний опыт сексуального насилия над детьми со стороны их ближайших значимых взрослых, в том числе родителей, он рассматривал как травматический опыт для детской психики. Впоследствии он отказался от этого и постулировал, что переживания сексуального насилия, которые часто всплывают в воспоминаниях во время анализа взрослых,– всего лишь порождение детских фантазий. Почему Фрейд изменил свое мнение, он так и не объяснил. С тех пор он отдавал приоритет психическому развитию. Он считал соответствующую переработку в ходе работы фантазии более важной для возникновения психопатологии, чем само переживание, о котором сообщил пациент. Фрейд приписывал это переживание скорее миру фантазий пациента, чем реальному опыту. По этой причине при дальнейшей разработке психоаналитической техники лечения главное внимание стали уделять проработке именно бессознательных фантазий, пренебрегая реальным опытом пациентов. Можно предположить, что теория Фрейда о реальной раннедетской травматизации, связанной с сексуальным насилием, была настолько взрывоопасной, что он опасался за свою репутацию как ученого. С этим дело сначала обстояло неважно, потому что он, открыв раннюю детскую сексуальность, попал в весьма затруднительное положение из-за господствовавших в Вене конца XIX века представлений о морали, и его теория сначала натолкнулась на скепсис и даже неприятие.

Аналогично положениям ранней теории Фрейда о реальной травме швейцарский психиатр Адольф Майер (Meyer, 1957), на которого впоследствии ссылался Боулби, создал теорию, ориентирующуюся на учение Дарвина. Он считал, что именно результаты реального раннедетского травматического воздействия окружения, не ограничивавшегося только сексуальным насилием, имеют большое значение для психического развития. Согласно теории Майера, психические заболевания возникают из-за неудавшейся попытки индивида отреагировать на реальные негативные психосоциальные воздействия. Если индивидуум не справится со своей попыткой адаптации, могут появиться симптомы болезни. Различия в способности адаптироваться к дальнейшим реальным негативным внешним воздействиям зависят от того, какой реальный раннедетский опыт был получен в первые годы жизни ребенка в первичной семье и в других важных отношениях.

Лондонский психиатр и психоаналитик Джон Боулби, изучая биографии детей и подростков с тяжелыми психическими заболеваниями, все время сталкивался с тем, что в раннем детстве им были нанесены реальные тяжелейшие травмы, и признал, что эта травматизация и ее последствия оказали огромное влияние на развитие их личности. Опыт, о котором рассказывали эти дети, он не считал плодом их фантазии. Изучая причины возможного развития психопатологии этих детей, Боулби вынужден был признать, что в историях их жизни опыт многочисленных ранних потерь, утрат и разлук со значимыми взрослыми явно выходил на первый план по сравнению с другими травматическими переживаниями, о которых они сообщали. Можно сказать, что это клиническое открытие на основе точных сообщений положило начало теории привязанности. Тем не менее Боулби предстоял еще долгий и трудный путь от первых идей до формулировки основных положений теории привязанности. Создавая ее, он не мог и предположить, что его теория, изначально подвергавшаяся нападкам, найдет столь широкий отклик именно в психологии развития и послужит стимулом для проведения широкомасштабных исследований.

Они были проведены не только в Великобритании (конкретно в Лондоне), но затем и во многих других странах силами учеников Боулби; в первую очередь здесь следует назвать его канадскую сотрудницу Мэри Эйнсворт. Сегодня широкомасштабные исследования привязанности проводятся не только в Англии, но и в США, Канаде, Израиле, Японии, Италии, Нидерландах и Германии.

В Германии исследования привязанности тесно связаны с именами Клауса Е. Гроссманна и Карин Гроссманн, которые раньше работали в Билефельде, а сейчас трудятся на кафедре психологии Регенсбургского университета. Супруги Гроссманн и их научный коллектив благодаря проведению многочисленных перспективных исследований, посвященных лонгитюдному изучению привязанности, получили заслуженное признание во всем мире. Основными направлениями работы этой группы исследователей являлись решение вопроса о непрерывности или трансформации раннего коммуникативного опыта и качеств привязанности в период с младенчества до подросткового возраста,

а также изучение передачи паттернов привязанности из поколения в поколение (от родителей к детям). К. Гроссманн, К. Е. Гроссманн и Е. Ватерс выпустили книгу, в которой представлены важнейшие результаты и оценки самых важных международных исследований развития привязанности, проводившихся в течение длительного времени (Grossmann et al., 2005).

С тех пор было проведено столь много широкомасштабных фундаментальных исследований и получено такое огромное количество результатов, что даже краткий обзор всего их многообразия вышел бы далеко за рамки этой книги[3]. Поэтому здесь будет дано лишь общее представление об основных понятиях и теориях, сформулированных в рамках научных исследований привязанности. Кроме того, будут приведены заключения специалистов, важные для применения результатов исследований привязанности в клинической практике и для лечения, основанного на теории привязанности.

Сам Боулби был активным и увлеченным клиницистом, который на опыте своей психотерапевтической практики убедился в необходимости новых формулировок для общепринятых концепций. Я разделяю его клинические интересы и ставлю перед собой задачу сделать эти теоретические знания доступными для практикующих психотерапевтов.

В *первой части* данной книги я в кратком ретроспективном историческом обзоре описываю развитие теории привязанности. Я представляю ее важнейшие понятия и положения, особенно касающиеся родительской чуткости, качества детской привязанности и репрезентации привязанности у взрослых. При этом привлекаются научные выводы нейробиологии.

В этой связи я также останавливаюсь на аспектах межпоколенческой передачи паттернов привязанности и на значении факторов защиты и факторов риска для здорового развития. В заключение я освещаю понятия привязанности и сепарации, сформулированные в других психологических теориях и психотерапевтических школах.

Во *второй части* я излагаю теорию нарушения привязанности в контексте психопатологии. Прежде всего, раскрываются взаимосвязи между привязанностью и травмой. В историческом обзоре я прослеживаю, как в настоящее время в популярных диагностических руководствах и новейших диагностических системах, предназначенных прежде всего для младенческого и младшего детского возраста, применяются исходные установки теории привязанности. Однако поскольку прежние системы классификации не дают достаточно возможностей для диагностики нарушений привязанности, я описываю расширенную и более подробную классификацию расстройств привязанности и показываю возможности диагностики привязанности на различных возрастных этапах.

В *третьей части* я формулирую теорию терапевтической процедуры, основанной на привязанности. При этом я ссылаюсь на результаты психотерапевтичес-

ких научных исследований, авторы которых видят в привязанности, сформировавшейся между терапевтом и пациентом, важный фактор успеха лечения.

Излагаются также основные технические аспекты и порядок действий при лечении, основанном на привязанности. Центральные элементы здесь – первая встреча между пациентом и терапевтом, организация сеттинга, частота сеансов, окончание лечения и вопросы привязанности и автономии в терапевтическом процессе.

В *четвертой части* я описываю показательные случаи из клинической практики. В дидактических целях рассмотрение истории болезни, диагностики и хода лечения сфокусировано на характерном для каждого случая нарушении динамики привязанности. Я обхожу другие возможные интерпретации соответствующей психодинамики, чтобы особо выделить и проработать аспект нарушения привязанности. Правда, с точки зрения другой теории симптоматика пациентов может быть понята и совсем по-другому, а в лечении может использоваться совсем другая техника.

Отдельные случаи представлены с описанием биографии пациента по мере развития привязанности с разделением ее на временные этапы, а именно начиная с той стадии, когда пара будущих родителей задумывается о наступлении беременности, и вплоть до достижения их ребенком зрелого возраста. В основу такой структуры изложения положено понимание привязанности как процесса, длящегося всю жизнь, со все новыми стадиями адаптации к новым ситуациям в отношениях и в жизни.

В *пятой,* и последней *части* я рассматриваю вопросы профилактики. Я представляю возможности обучения, основанного на привязанности и направленного на предотвращение психических расстройств; такое обучение может быть предложено, в частности, беременным женщинам и их мужьям, а также родителям с детьми ясельного возраста.

В связи с ростом агрессии и насилия в детских садах и школах большое значение имеет заблаговременная профилактика и консультативная работа, основанная на привязанности. Базируясь на современных научных исследованиях, посвященных связи привязанности и агрессии, изложены рекомендации по профилактике расстройств привязанности; кроме того, в книге представлены профилактические программы *SAFE*® и *B. A. S. E.*®*,* основанные на привязанности.

Я также размышляю о возможности распространения подхода, основанного на привязанности, на сеттинги групповой и семейной психотерапии, а также рассматриваю особенности его применения в этих видах работы.

В заключении я обсуждаю остающиеся еще открытыми вопросы и перспективы с учетом дальнейшего развития техники психотерапии, основанной на привязанности, а также ее значение для подготовки психотерапевтов.

ЧАСТЬ 1

Теория привязанности, ее положения и понятия

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Джон Боулби (1907–1990) сначала, как и его отец, который был знаменитым хирургом, изучал медицину. Хотя в школе достижения Джона были не особо выдающимися, он с отличием закончил первую ступень обучения в Кембридже. Почему он после этого не стал продолжать блистательно начатую учебу в Лондоне, а проработал два года учителем в школе для детей и подростков с нарушением социального поведения, так и осталось до конца не выясненным. Джереми Холмс (Holms, 1993), излагая в своей книге биографию Боулби, сообщает, что именно тогда Джон впервые прочитал книгу по психологии развития, которая произвела на него сильное впечатление. Однако этого объяснения недостаточно, чтобы с психодинамической точки зрения понять, почему Боулби так поступил.

Боулби происходил из состоятельной английской семьи*. Отец Джона очень много работал и почти всегда был занят; дети росли под присмотром няни, а их контакт с матерью был ограничен, причем для этого общения (продолжительность которого не превышала одного часа в день) было выделено строго определенное время. Конечно, с биографической точки зрения очень важно, что у сына не было близких отношений с матерью, а в трехлетнем возрасте он потерял самого важного для себя значимого взрослого – няню. Зная историю его детства, можно понять, почему Боулби так интересовался вопросами привязанности, разлуки и потери, а также занялся их теоретической разработкой.

---

* Его отец, сэр Энтони Боулби, носил титул баронета, однако, поскольку в начале XX века титулы сами по себе уже никого не кормили, работал хирургом. Его профессиональная репутация была так высока, что позволила ему стать личным хирургом короля Георга V. Когда Джон появился на свет четвертым по счету (из шести детей в семье) ребенком, отцу было уже пятьдесят два года, матери – сорок. – *Прим. пер.*

Можно сформулировать хотя бы как психодинамическую гипотезу, что чтение психологической литературы побудило Боулби задуматься о своем детстве. Его активную работу в школе для трудных подростков также можно было бы понять как попытку познакомиться с теневыми сторонами собственной психики и общества, которые до тех пор оставались для него чем-то совершенно неизвестным. Пожалуй, перерыв в изучении медицины можно рассматривать как постподростковую пубертатную стадию, потому что в то время он в своих идеях и интересах четко отмежевался от своей семьи и от уготованного ему пути. Работа с подростками и детьми стала для него ключевым эмоциональным переживанием, а содержание этой работы еще долгое время стимулировало его на создание и дальнейшее развитие его теории.

Получив высшее медицинское образование, он был полон решимости пройти подготовку по новой тогда специализации – детской психиатрии. Еще в студенческие годы он заинтересовался изучением психоанализа. Довольно рано Боулби стал критически изучать теорию Мелани Кляйн. Всю жизнь для него было важно критическое отношение к идеологически окрашенным мнениям ученых и к их догматическому стилю преподавания, а также активное участие в демократических процессах.

В то время многолетние споры Анны Фрейд и Мелани Кляйн – а обе они были пионерами детского анализа – создали угрозу раскола Британского психоаналитического общества. В Лондоне было несколько психоаналитических фракций: сторонники Анны Фрейд, сторонники Мелани Кляйн и «группа независимых аналитиков», в работе которой Боулби впоследствии принимал деятельное участие.

До Второй мировой войны он возглавлял Лондонскую психопедиатрическую клинику. Во время войны Боулби активно работал в группе психоаналитиков и психиатров, которая занималась главным образом психологическим тестированием при проведении обследований молодых офицеров.

Вскоре после войны он получил поручение создать отделение детской психотерапии при Тэвистокской клинике. Как в этой больнице, так и в Британском психоаналитическом обществе не раз проявлялись большой организаторский талант Боулби и его способность изыскивать финансовые средства на самые разные нужды, например на проведение психоаналитических исследований.

К одной из вновь созданных научно-исследовательских групп присоединились, в частности, Джеймс Робертсон и Мэри Эйнсворт. Обоим суждено было сыграть большую роль и в работе группы, и в деле дальнейшего развития теории привязанности. До этого Робертсон работал у Анны Фрейд завхозом в детском саду и там познакомился с техникой наблюдения за детьми. Затем он изучал в вузе социальную педагогику и, наконец, прошел психоаналитическую подготовку у самой Анны Фрейд. Он быстро познакомился с идеями Боулби, который считал, что *реальное* раннее окружение оказывает решающее воздействие на развитие детей. Вместе с Боулби он, используя простые технические средства, снял весьма волнующий и впечатляющий документальный

фильм под названием «Двухлетний ребенок в больнице» (Bowlby at al., 1952; Robertson, 1952). В этом фильме прослеживаются различные стадии поведения двухлетней девочки, которую положили в больницу без матери: протест, скорбь и адаптация. Эти стадии реакции ребенка на разлуку с матерью тогда еще не были известны. Отклики на этот фильм были весьма противоречивыми. Неоднократно подчеркивалось, что сторонники Мелани Кляйн не относили реакции двухлетней девочки в фильме к ситуации разлуки, а связывали их с бессознательными фантазиями ребенка о своей матери. Однако Боулби использовал этот фильм, чтобы вместе с Робертсоном изменить практику посещений в детских клиниках сначала в Лондоне, а в конце концов и во всей Великобритании и даже во многих других странах мира. Хотя и сегодня матерей не всегда госпитализируют в педиатрические больницы вместе с направляемыми туда на стационарное лечение маленькими детьми, но к этому стремятся как к разумной мере, и в принципе целесообразность этого больше не ставится под сомнение[1].

Первая публикация Боулби, посвященная воздействию окружения на раннедетское развитие, была основана на его опыте изучения историй жизни несовершеннолетних воров. Он исследовал 44 случая малолетних преступников, обработал и проанализировал записи и опубликовал их в статье «Сорок четыре малолетних вора: их характеры и жизнь дома» (Bowlby, 1946). Тем самым он хотел четко показать, какое влияние ранняя эмоциональная травматизация, связанная с переживаниями потери и сепарации, может оказать на развитие нарушений поведения. Уже тогда Боулби был убежден, что реальные переживания раннего детства в отношениях с родителями могут оказать решающее влияние на развитие ребенка и что не только эдипов комплекс и его разрешение или монополия сексуальности отвечают за эмоциональное развитие ребенка. В докладе «О природе привязанности ребенка к матери», содержавшем принципиальные положения (Bowlby, 1958), Боулби впервые представил свои соображения о том, что существует биологически заложенная система привязанности, отвечающая за развитие сильной эмоциональной связи между матерью и ребенком. На его рассуждения оказало влияние знакомство с этологическими исследованиями. Скорее случайно он обратил внимание на работы Лоренца (Lorenz, 1943) и Тинбергена (Tinbergen, 1952). В полевых исследованиях Лоренца (Lorenz, 1965), посвященных раннему импринтингу, а впоследствии также в исследованиях Харлоу и Харлоу (Harlow & Harlow, 1969), показывающих, как различные отношения между матерью и ребенком сказываются на поведении макак-резус, Боулби нашел подтверждение своим собственным наблюдениям. И наконец, он выступил перед Британским психоаналитическим обществом с тремя докладами, в которых представил для открытого обсуждения свои мысли по поводу теории привязанности (Bowlby, 1958, 1960a, b). Реакции были от весьма скептических до открыто отрицательных. Больше всего теорию Боулби критиковали за то, что он покинул почву психоаналитической метатеории (Freud A., 1960; Schur, 1960; Spitz, 1960).

С особым недоверием теорию Боулби встретили кляйнианцы. Благодаря вмешательству Анны Фрейд открытое высказывание Боулби в защиту своей новой теории не привело к его исключению из Психоаналитического общества. Он поставил новую концепцию рядом с традиционной теорией учения о влечениях, согласно которой в первую очередь оральное удовлетворение от кормления материнской грудью отвечает за развитие привязанности между матерью и ребенком. С позиции психоаналитической теории, на тот момент даже и подумать было невозможно о существовании самостоятельной мотивационной основы для развития привязанности, которая была бы еще и закреплена биологически и не происходила бы из конфликта или сексуальности.

В то бурное время, когда велась полемика вокруг его новых тезисов, Боулби получил поручение от Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сделать доклад о положении многочисленных в послевоенное время бездомных и осиротевших детей (Bowlby, 1951, 1953, 1973a, 1995a). Он воспользовался этой возможностью как для проведения полевых исследований эмоционального состояния детей, оставшихся сиротами из-за войны, так и для контактов с американскими специалистами по психологии развития, поскольку у Боулби не было специальной подготовки по этой дисциплине. Научные выводы, к которым он пришел, работая над докладом для ВОЗ, укрепили его уверенность в правильности теории, а приобретенная благодаря этой работе репутация усилила его позиции в Психоаналитическом обществе.

На многих молодых студентов и аспирантов, работавших в научно-исследовательской группе Боулби, его идеи произвели сильное впечатление. Среди них была и канадка Мэри Эйнсворт. Она защитила диссертацию еще в Торонто и приехала в Лондон только в связи с профессиональной деятельностью мужа. В своей диссертации она рассматривала «теорию безопасности» Уильяма Блатца (Blatz, 1940), согласно которой любое человеческое существо для своего эмоционального развития должно сформировать первичное доверие к важному референтному лицу (с которым устанавливается тесная эмоциональная связь). Здесь уже можно найти основные положения, которые впоследствии вошли в теорию привязанности. С этими знаниями Мэри Эйнсворт приехала в Лондон и стала работать в научно-исследовательской группе Боулби; она восхищалась его идеями, хотя долгие годы и была скептически настроена по отношению к этологическому обоснованию теории привязанности. Отношения с Мэри Эйнсворт и совместная научная деятельность Боулби и Эйнсворт имели решающее значение для развития теории привязанности.

Впоследствии Эйнсворт отправилась со своим мужем в Уганду. Там она впервые провела в угандийских семьях полевые исследования по методике, известной ей из этологии. Она день за днем в течение многих часов наблюдала за маленькими детьми и их матерями и в очень точных протоколах документировала их поведение, связанное с уходом за ребенком, а также поведенческое проявление привязанности и поведение при разлуке детей с матерью в повседневной жизни. Затем, прибыв из Уганды в США, она провела в Бал-

тиморе первое лонгитюдное исследование младенцев. Еженедельно посещая семьи на дому, она снова в самых разных бытовых ситуациях тщательно наблюдала за поведением матери, ухаживавшей за своим малышом.

В конце концов Эйнсворт придумала стандартизированный методический прием (тестовую ситуацию) для исследования путем наблюдения в лаборатории поведения детей, характерного для привязанности и разлуки, так называемую методику «Незнакомая ситуация» (strange situation)[2]. Почти одновременно с публикацией Эйнсворт результатов своих исследований по привязанности младенцев (Ainsworth & Wittig, 1969 – в этой работе впервые были эмпирически обоснованы теоретические положения теории привязанности) Боулби опубликовал первый том своей трилогии «Привязанность и утрата», названный «Привязанность» (Bowlby, 1969). В последующие годы вышел второй том под называнием «Сепарация. Тревога и гнев» (Bowlby, 1973b), в нем Боулби описал влияние на ребенка переживаний разлуки; позже вышел третий том, посвященный значению потери «Потеря, печаль и депрессия» (Bowlby, 1980). Эта трилогия составляет фундамент теории привязанности.

Затем эта теория получила еще одно эмпирическое обоснование, когда были проведены многочисленные лонгитюдные исследования в области психологии развития. Мэри Эйнсворт была научным руководителем многих соискателей ученых степеней, среди которых, в свою очередь, было целое поколение исследователей привязанности; здесь достаточно назвать такие имена, как Инге Бретертон, Эверетт Уотерс, Алан Сроуфе и Мэри Мэйн. Ее учениками были также Клаус и Карин Гроссман. Своими проведенными в Германии лонгитюдными исследованиями они положили начало европейским исследованиям привязанности и внесли в них большой личный вклад. Впоследствии Мэри Мэйн как психолог специализировалась на анализе речи и создала так называемое «Интервью о привязанностях для взрослых» (Adult Attachment Interview, AAI). Это полуструктурированное интервью позволило проводить опросы взрослых, узнавать об их ранних переживаниях привязанности и с помощью психолингвистического анализа находить объяснения их отношению к привязанности. Теперь можно было исследовать не только развитие привязанности в раннем детстве, но и способ сохранения в памяти раннего опыта привязанности у взрослых. Кроме того, с помощью лингвистически ориентированного анализа были сделаны попытки исследовать внутренние репрезентации детей начиная с третьего года жизни. Детям рассказывали короткие незаконченные истории, в которых описывалось обострение конфликта и которые потом разыгрывали с куклами. Этот метод был разработан Инге Бретертон (Bretherton et al., 1990c) и модифицирован Робертом Эмде с соавт. (Emde et al., 1997; Oppenheim et al., 1997).

С тех пор было проведено очень много эмпирических исследований привязанности. Важнейшие результаты по разным моделям исследований привязанности были обобщены в голландской исследовательской лаборатории под руководством Ийзендоорна, Боулби считал, что тип привязанности, ко-

торый устанавливается в первые месяцы жизни младенца между ним и первичным значимым лицом, – это не что-то навсегда застывшее, неизменное, а меняющееся в течение жизни в самых разных направлениях под влиянием эмоционального опыта в новых отношениях. Побуждаемый своим сотрудником Паркесом, Боулби в конце концов занялся изучением важности феномена привязанности на протяжении всей жизни человека. Он пришел к выводу, что привязанность – это эмоциональные узы, которые формируются в детском возрасте, но их влияние не ограничивается ранней стадией развития, а распространяется также на все остальные этапы жизни. Таким образом, привязанность представляет собой эмоциональную основу всей жизни до глубокой старости (Parkes et al., 1991).

Теория привязанности также оказала влияние на наше понимание важности разлук и потерь в пожилом возрасте (Kübler-Ross, 1974). Таким образом, она уже частично вошла в некоторые теоретические и терапевтические подходы (правда, это не всегда открыто признается), например в понимание психического состояния пациентов и их родственников в паллиативной медицине (Petersen & Köhler, 2005).

В последние годы жизни Боулби интенсивно применял свою теорию в психотерапевтической практике (Bowlby, 1995b). Он указывал на важность учета привязанностей как при профилактике неправильного развития ранних детско-родительских отношений, так и при психотерапевтической работе со взрослыми пациентами.

Сегодня теория привязанности является одной из тех теорий о психическом развитии человека, которые лучше всего обоснованы эмпирическими, особенно проспективными лонгитюдными исследованиями. И хотя с позиции этой теории не все области психологии развития были исследованы в должной степени и в годы ее становления не уделялось должного внимания таким аспектам, как сексуальность, агрессия и роль отца, теория привязанности все же внесла важный вклад в понимание развития человека в течение всей его жизни.

РАЗВИТИЕ ПОНЯТИЙ ТЕОРИИ ПРИВЯЗАННОСТИ[3]

Основные положения теории привязанности

Определение привязанности и теории привязанности

Боулби считает, что мать и младенец входят в некую саморегулирующуюся систему, части которой взаимообусловлены. Привязанность между матерью и ребенком в рамках этой системы отличается от «отношений» тем, что «привязанность» понимается лишь как часть комплексной системы отношений.

Теория привязанности соединяет этологическое, системное и психоаналитическое мышление с подходом с позиции психологии развития. В теории

привязанности рассматриваются важнейшие ранние влияния на эмоциональное развитие ребенка и делаются попытки объяснить возникновение и изменение сильных эмоциональных связей между индивидами на протяжении всего жизненного пути.

Система привязанностей

Согласно Боулби, система привязанности представляет собой первичную, генетически закрепленную мотивационную систему, которая активируется между первичным значимым лицом[5] и младенцем сразу после его рождения и имеет функцию обеспечения выживания. Большую роль в этом играет также гормон окситоцин. Окситоцин отвечает за начало схваток и восстановление матки после родов, а также за истечение молока из молочных желез в грудной сосок. Этот гормон образуется еще до родов во время беременности и, предположительно, способствует развитию привязанности матери к эмбриону (bonding), а затем и к ребенку, а также привязанности младенца к своей матери (attachment). После родов окситоцин способствует появлению у матери и малыша желания быть рядом друг с другом, а также чувства близости и расслабления, причем как у матери, так и у ребенка. Особые нервные окончания в области груди при легкой стимуляции посылают в мозг сигналы – например, такие, которые возникают у матери и младенца, когда мать ходит с ним на руках по комнате и укачивает его или когда делает ему массаж, – и вызывают выброс окситоцина с сопутствующими психическими эффектами (Uvnäs-Moberg, 2007; Uvnäs-Moberg & Petersson, 2005).

Младенец ищет близости с матерью прежде всего тогда, когда испытывает тревогу или страх. Это может происходить, например, когда он чувствует себя разлученным с ней, оказывается в незнакомых ситуациях или ощущает присутствие чужих людей как угрозу, когда он испытывает физическую боль или если ему снятся страшные сны или одолевают кошмарные фантазии. Он надеется, что близость к матери даст ему уверенность, защиту и чувство безопасности. Поиск близости происходит через визуальный контакт с матерью, но особенно путем следования за матерью и установления телесного контакта с ней. При этом ребенок всегда бывает активным интеракционным партнером, который со своей стороны сигнализирует, когда у него появляются требующие удовлетворения потребности в близости и защите.

Чуткость и специфика привязанности

«Чуткое поведение» значимого взрослого состоит в том, что он в состоянии воспринять сигналы ребенка (например, его плач), правильно интерпретировать их (например, как поиск близости и телесного контакта), а также подобающим образом быстро удовлетворить их. Это происходит бесчисленное количество раз в многообразном повседневном взаимодействии[6].

Младенец чаще формирует надежную привязанность к тому значимому взрослому, который, заботясь о нем, чутко удовлетворяет его потребности так,

как это было описано выше. Если же в ходе такого взаимодействия со значимым лицом эти потребности совсем не удовлетворяются либо удовлетворяются в недостаточной степени или непостоянно, например, с непредсказуемой для младенца сменой потакания и чрезмерной стимуляции или когда ребенок сталкивается с отказом, приводящим к сильной фрустрации, то часто формируется ненадежная привязанность.

Иерархия значимых взрослых

Если главный значимый взрослый отсутствует, когда ребенку грозит опасность, или если ребенка разлучают с ним, малыш реагирует горем, плачем, гневом и приступает к активному поиску своего значимого взрослого. В течение первого года жизни младенец формирует иерархию различных значимых лиц, к которым он – в зависимости от их присутствия и доступности, а также от силы переживаемого страха разлуки – обращается в определенной очередности. Например, если при грозящей опасности мать как первичное значимое лицо недоступна, то ребенок для эмоциональной подстраховки может прибегнуть к помощи вторичного значимого лица (например, отца). Чем сильнее боль или страх, например, при опасной травме или при серьезном заболевании, тем настойчивее и бескомпромисснее ребенок будет настаивать на присутствии первичного значимого лица, не давая себя утешить своему вторичному значимому взрослому. Например, если няня, сидящая с ребенком в течение дня (или воспитательница в яслях) ухаживает за ребенком с большой чуткостью, именно она может стать главным надежным человеком, которого ребенок предпочитает и к которому испытывает привязанность. Тогда в ситуациях, когда ребенок испытывает сильный страх, он будет обращаться именно к этому лицу; и даже когда мать придет забрать ребенка после дня, проведенного им с няней или воспитательницей, он будет цепляться за нее и не захочет идти с матерью домой.

Внутренние рабочие модели

Из многих интеракционных событий, в которых мать и младенец расставались друг с другом и снова устанавливали близость между собой, младенец в течение первого года жизни формирует внутренние модели поведения и связанных с ним аффектов, своих и матери, так называемые «внутренние рабочие модели» (inner working models[7]; Bowlby, 1975; Main et al., 1985). Эти модели обеспечивают предсказуемость поведения значимого взрослого и ребенка в ситуациях привязанности. В течение первого года жизни ребенок приходит к выводу: когда я попадаю в опасность, плачу и захожу (как в некую «тихую гавань» или «порт приписки») к своему значимому взрослому на надежную и безопасную в эмоциональном плане базу, – он в моем распоряжении и отвечает на мои потребности в привязанности определенной характерной близостью или дистанцией, а также обширным поведенческим репертуаром. Для каждого в отдельности значимого лица, например

для матери и отца, формируются свои собственные, отдельные рабочие модели.

Такая рабочая модель вначале еще бывает гибкой, затем, по мере развития, она становится все более стабильной, превращаясь в психический репрезентант, в так называемую «репрезентацию привязанности». Рабочие модели и репрезентации могут быть частично осознанными, а частично неосознаваемыми. Легко представить себе, что надежная, стабильная репрезентация привязанности становится частью психической структуры, тем самым способствуя психической стабильности.

Стабильность репрезентаций привязанности

Кроме того, в течение жизни репрезентация привязанности может модифицироваться в направлении надежности или ненадежности еще и под влиянием важного опыта, полученного в отношениях с другими значимыми лицами или под воздействием таких радикальных событий, как потери и другие травматические ситуации. Однако с возрастом это становится все сложнее. Таким образом, имеет место как непрерывность в развитии привязанности – от переживания привязанности младенцем в 12-месячном возрасте до репрезентации привязанности в подростковом возрасте, так и прерывность (дискретность) этого процесса со сменой типа привязанности в течение жизни (Grossmann et al., 2005; см. также: Zimmermann et al., 1995).

Система исследовательского поведения младенцев

Потребности младенца в привязанности противостоит его потребность в исследовании, которую Боулби (Bowlby, 1975) рассматривает как еще одну мощную мотивационную систему[8]. Хотя система привязанности и исследовательская система возникают из противоположных мотиваций, между ними существует определенная взаимозависимость.

По Боулби, младенец может изучать свое окружение, а также выдерживать тревогу и страх во время разлуки с матерью прежде всего тогда, когда он опирается на мать как на надежную эмоциональную базу. Таким образом, надежная привязанность является условием того, чтобы младенец мог изучать окружающий его мир и при этом познавать себя в нем как самостоятельную и эффективно действующую личность[9].

Необходимо, чтобы с самого начала и затем все в большей степени по мере развития моторики ребенка-ползунка мать, с одной стороны, давала младенцу возможность реализовать его потребность в исследовательской деятельности, а с другой – устанавливала для него границы[10]. При этом она должна быть все время готова прийти ребенку на помощь и быть надежной базой для визуальной подстраховки младенца во время его исследовательской деятельности, что Эмде и Сорс (Emde & Sorce, 1983) назвали «социальной привязкой» (social referencing). Возвращаясь к матери из своего «разведывательного похода», младенец должен чувствовать, что она его эмоционально принима-

ет. Такое поведение Малер с соавт. называли «эмоциональной подзаправкой младенца» (Mahler et al., 1978).

Взаимодействие между системой привязанности и системой исследовательского поведения ребенка

Если потребности ребенка удовлетворяются и он может найти эмоциональную защищенность у значимого взрослого, система привязанности приходит в равновесие, и младенец может пойти на поводу у своего любопытства, что выражается в форме исследовательского поведения. Для этого он может уйти довольно далеко от значимого взрослого, не испытывая эмоционального стресса[11].

При активации системы привязанности исследования малыша ограничиваются из-за слишком большого расстояния или из-за пугающих открытий, и он ищет пространственной или даже телесной близости со значимым взрослым как с надежной эмоциональной опорой. Чуткий человек, к которому ребенок испытывает привязанность, понимает факт саморегуляции младенца в отношении отдаления от матери и близости к ней. Мать может быть уверена в том, что ее ребенок в стрессовой ситуации будет искать близости с ней. При отсутствии такого (ожидаемого) поведения можно предположить, что оно – например, из-за опыта отвержения – уже было активно подавлено. Если есть ощущение безопасности, то исследовательское поведение «заложено изначально» и к нему не нужно принуждать. Инициатива и регулирование поведения привязанности и исследовательского поведения каждый раз исходят от самого ребенка.

Если мать чрезмерно привязывает к себе своего младенца, она, хотя и устанавливает с ним тесную связь, но в то же время не предоставляет достаточно места для реализации его потребностей в исследовании окружающего мира, фрустрируя таким образом ребенка. Это может происходить, например, из страха, что малыш может пораниться во время своей исследовательской деятельности, или из-за собственных страхов матери быть покинутой.

Партнерство с коррекцией цели

До детсадовского возраста между ребенком и человеком, к которому он испытывает привязанность, все больше складывается так называемое «партнерство с коррекцией цели»: у ребенка в его мотивационных системах в известной степени существует баланс между потребностями в привязанности и исследовательскими желаниями, так что все проще становится договориться о совместных целях, например о совместной игровой деятельности (Bowlby, 1976).

При этом оба партнера могут привносить в отношения свои эмоционально важные цели, прислушиваться к выражению интересов другого партнера, которые, возможно, отличаются от его собственных, отражать их и, наконец, сообща и по-партнерски договариваться о совместных целях и корректировать их[12].

Привязанность и исследовательское поведение в течение жизни

Согласно теории привязанности, взаимосвязь между привязанностью и исследовательским поведением – такой феномен, который сохраняется и после того, как ребенок выходит из младенческого возраста. Боулби считал, что это, скорее, постоянный процесс установления равновесия, который длится на протяжении всей жизни. При этом баланс напряжения между полюсами – между привязанностью и исследовательской деятельностью – все время приходится заново выравнивать, как «качели», поскольку привязанность и исследовательское поведение соотносятся друг с другом, как тезис и антитезис.

Передача паттернов привязанности от одного поколения к другому

Особенность привязанности младенца связана с репрезентацией привязанности тех значимых лиц, которые ухаживают за ним и играют с ним. Существует причинная связь между качеством репрезентации привязанности поколения родителей и качеством привязанности, которое формируется в младенческом возрасте. Есть данные, что особенности привязанности передаются от поколения родителей поколению детей (Brisch, 1999; Zimmermann & Grossmann, 1996; Fonagy, 1999; Adshead & Bluglass, 2001).

Надежная привязанность как фактор защиты

Формирующемуся в младенческом возрасте типу надежной привязанности приписывается защитная функция, важная для дальнейшего хода развития ребенка. Это, как свидетельствуют результаты лонгитюдных исследований, способствует развитию моделей просоциального поведения и достижению определенной психической стабильности (resilience). Долгосрочные исследования показывают: если ребенок в раннем детстве в течение продолжительного времени приобретает опыт надежной привязанности хотя бы с одним взрослым человеком (необязательно с матерью или с отцом), это становится важным фактором, который в дальнейшем может защитить его от развития психопатологии, даже если в течение жизни будет накоплен травматический опыт (Werner, 2007a, b; Grossmann, 2003).

Привязанность, генетика, нейробиология и травма

Неклиническая выборочная проверка показала взаимосвязь между дезорганизованной привязанностью и необычной структурой дофаминового рецептора D_4 (Lakatos et al., 2000, 2002, 2003). Причем наблюдалась взаимосвязь между полиморфизмом гена, называемого дофаминовым рецептором D_4, – DRD_4, и регуляторной единицей рецептора, которая в 10 раз повышает риск развития дезорганизованной привязанности (Lakatos et al., 2002).

Проведены также исследования, в которых была найдена прямая взаимосвязь между дезорганизованной привязанностью и нарушением внимания

и/или расстройством, сопровождающимся гиперактивностью, – синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), а также между нарушениями регуляции дофамина и СДВГ.

В опытах на животных (крысах) было показано, что различия в материнской заботе находили свое отражение в поведении детенышей и в эндокринном ответе на стресс. У заботливых матерей-крыс было менее боязливое потомство, которое в стрессовых ситуациях показывало более подобающие реакции гормональной регуляции между гипоталамусом, гипофизом и корой надпочечников (ось HPA). Кроме того, оказалось, что молодые самки, о которых хорошо заботилась мать, также были заботливыми по отношению к собственным крысятам. Это исследование показало, что именно способ выращивания, а не происхождение, детерминирует дальнейшее заботливое поведение самки крысы и регуляцию стрессовых состояний. Такие эффекты могут наблюдаться на протяжении трех поколений (Francis et al., 1999). Кроме того, «лечение» в виде непродолжительного поглаживания животных оказывало положительное влияние на проявления заботы в поведении менее заботливых матерей-крыс (Meaney et al., 1990). Даже молекулярно-генетические структуры потомков крыс, с которыми обращались подобным образом, во время этого «лечения» менялись так сильно, что их уже почти нельзя было отличить от потомков *очень заботливых* матерей-крыс, не подвергавшихся такому лечению (Francis et al., 1999). Авторы дают этим результатам и такую интерпретацию: заботливое поведение и регуляция в стрессовых ситуациях передаются по наследству следующему поколению благодаря эффекту сочетания уязвимости и разной степени заботливости (*фактор окружающей среды*) (Braun et al., 2009; Weaver et al., 2004; 2006; Caldji et al., 1998).

Результаты исследований на людях также показывают, что ранний опыт общения младенцев женского пола со своими матерями впоследствии оказывает большое влияние на их заботливое поведение с собственным потомством. Было установлено, что здесь действует психологический механизм, отвечающий за межпоколенческую передачу заботливого поведения и чуткости от матери к дочери (Silverman & Lieberman, 1999; Fleming et al., 1999).

Взаимодействие *природы* и *воспитания* осуществляется на уровне привязанности (Lehtonen, 1994), причем человек, к которому младенец испытывает первичную привязанность, действует как психобилогический регулятор либо дизрегулятор гормонов ребенка, которые управляют прямой генной транскрипцией. На уровень кортизола в мозгу младенца (а кортизол отвечает за стрессовую готовность) значительное влияние оказывает социальное взаимодействие матери и ребенка (Shore, 1997; Meaney et al., 1998). Из всего этого следует, что нейротрансмиттерные расстройства необязательно должны быть врожденными, на них могут оказывать влияние психологические переменные величины, действовавшие в период раннего развития (Braun, 1996; Braun et al., 2000).

Влияние травматического опыта на работу и структуру мозга

Результаты исследований последних лет подкрепляют идею о связи переживания психической травмы с развитием структуры и с функционированием человеческого мозга. Тайхер (Teicher, 2000; Teicher et al., 2003), проведя исследования в Гарвардском медицинском институте, пришел к новым результатам, а именно: у людей, в детстве ставших жертвами жестокого обращения или насилия и пренебрежения, по сравнению с контрольными испытуемыми, не подвергавшимися жестокому обращению или насилию, отмечалось уменьшение объемов гиппокампа (hippocampus), мозолистого тела (corpus callosum) и миндалевидного тела (amygdala).

Перри и его коллеги (Perry, 1995, 2001), описывая свои исследования, показали, какими совершенно разными путями может пойти развитие мозга в соответствии с теми или иными условиями его использования. Согласно полученным ими результатам, развивающийся мозг организует и интериоризирует новую информацию способом, зависящим от условий его применения. Чем чаще ребенок находится в ситуации гипервозбуждения или диссоциации, тем в большей степени после получения травматического опыта он будет формировать нейропсихиатрические симптомы в направлении посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Временное состояние нейрональной активации и гуморальной стрессовой реакции может сохраняться длительное время для адаптации к слишком сложным травматическим ситуациям и приобретать таким образом качество рассогласования. Как следствие, индивидуум не может адекватно реагировать на специфические требования социального окружения. В развивающемся мозге еще не дифференцированные нейрональные системы зависят от ключевых раздражителей окружающей среды и микроокружения (например, от нейротрансмиттеров и нейрогормонов, к которым относятся также кортизол и нейрональный гормон роста), чтобы развиваться от своих недифференцированных, незрелых форм до полноценных функциональных систем. Отсутствие этих стадий созревания мозга, отличающихся тонкой чувствительностью, или какое-либо расстройство, или нарушение критических ключевых раздражителей может привести, например, к аномальным нейрональным делениям и формированиям синапсов. Перри с соавт. (Perry et al., 1995) отмечают, что влияние опыта раннего детского взаимодействия можно концептуализировать в такой модели развития, которая зависит от использования тех или иных нейрональных и органических структур мозга (см. также: Hüther, 1996, 1998; Hüther et al., 1999; Liu et al., 1997; Meaney et al., 1988, 1990; Spitzer, 2000). Травматический опыт в период созревания детского мозга может также оказывать влияние, в частности, на созревание орбито-фронтальной коры мозга, отвечающей за управление, интеграцию и модуляцию аффектов (Schore, 1996, 1997, 2001a, b). Кроме того, жестокое обращение и/или травма в раннем детстве сильно изменяют развитие правого «невербального» полушария мозга, которое отвечает за раз-

личные аспекты привязанности и регуляцию аффектов (Schore, 2001a, 2007; Schore & Schore, 2008).

Понятие чуткости

Далее я подробнее остановлюсь на понятии чуткости и других важных понятиях теории привязанности.

С точки зрения теории привязанности, чуткость человека, ухаживающего за ребенком, составляет важную основу для типа привязанности, который формируется у младенца в течение первого года жизни. Способность к чуткости и в самом широком смысле способность к эмпатии (способность поставить себя на место другого человека, вчувствоваться в его намерения, в мотивы его поступков, а также представить себе его мысли и чувства и ощутить его внутренний мир отраженным в собственном внутреннем мире) восходит к активности зеркальных нейронов, которые сначала были обнаружены у обезьян, а потом с аналогичной функцией – и у человека (Rizzolatti et al., 2004).

В диадическом взаимодействии в мозгу наблюдателя активируются так называемые «зеркальные нейроны». Например, когда мы наблюдаем за человеком, который испытывает тревогу, страх, боль, убегает от опасности, защищается или выполняет определенные действия: хватает что-то, кормит другого человека, ласкает, нежно гладит его, – у нас в каждом конкретном случае как в двигательных зонах мозга, так и в лимбической системе, эволюционно восходящей к ранним периодам формирования и развития мозга, активируются те нейроны, которые соответствуют поведению или ощущению другого человека – допустим, нейроны для необходимой мышечной активности при бегстве или защите либо зоны мозга, отвечающие за боль и страх; когда все это происходит, мы не ощущаем реальной угрозы и не испытываем настоящей боли. Однако, хотя нам не причиняют физической боли, мы весьма реально ощущаем в своих переживаниях эту наблюдаемую боль, вплоть до вегетативных реакций во всем теле, например чувство, что «животик подвело», а сердце вот-вот выпрыгнет из груди. Таким образом, благодаря активации этих зеркальных нейронов мы как наблюдатели можем поставить себя на место того, за кем наблюдаем, точно представляя себе мир его чувств и переживаний, и начать действовать эмпатийно, исходя из этих переживаний, утешая другого человека, ухаживая за ним, спасая его и доставляя его в безопасное место. Без зеркальных нейронов у нас бы не было нейроанатомической основы, имеющей решающее значение для эмпатии и сочувствия, а также для поступков, продиктованных чуткостью (Bauer, 2005, 2008; Kohler et al., 2002; Gallese, 2003; Rizzolatti et al., 2004).

Концепция чуткости в научных исследованиях привязанности в основном была разработана Мэри Эйнсворт. Посещая семьи на дому в Уганде, она изучала поведение матерей при уходе за детьми. В первом лонгитюдном исследовании 23 детей в Балтиморе при регулярных посещениях на дому она изучала интеракционное поведение матерей с младенцами в течение первого года

жизни. Затем с помощью разработанной ею стандартизованной методики «Незнакомая ситуация», предназначенной для исследования поведения ребенка при разлуке с матерью, Мэри Эйнсворт определяла тип привязанности детей. Ей удалось установить, что дети матерей, проявляющих чуткость при уходе за ними, в незнакомой ситуации чаще проявляют паттерн поведения, который можно классифицировать как надежную привязанность. Противоположные результаты, а именно проявления ненадежной привязанности, чаще отмечались у детей, матери которых не были такими чуткими (Ainsworth et al., 1978).

Под заботливым уходом Эйнсворт понимает следующие модели поведения (Ainsworth, 2003).

1. Мать должна быть в состоянии очень внимательно воспринимать сигналы ребенка. Задержки в ее восприятии могут возникать из-за того, что она внешне или внутри занята своими собственными потребностями и состояниями.
2. Она должна правильно толковать эти сигналы с позиции младенца, например, понимать значение плача ребенка (это может быть плач от голода, недомогания, боли, скуки). При этом есть опасность неправильной интерпретации сигналов младенца из-за собственных потребностей матери, а также проекций этих потребностей на ребенка.
3. Она должна подобающим образом реагировать на эти сигналы, то есть, допустим, догадываться о нужной дозировке пищи, успокаивать или, наоборот, поощрять ребенка к игре, не портя отношений с ним избыточной или недостаточной стимуляцией.
4. Реакция должна быть быстрой, то есть начинаться в течение еще приемлемого для ребенка времени фрустрационной толерантности. Так, промежуток времени, в течение которого младенец может подождать, пока его не покормят, в первые недели очень короткий, но за первый год жизни становится все длиннее.

Как правило, значимые взрослые и люди, заботящиеся о ребенке, довольно легко воспринимают его сигналы. Однако во время посещений на дому и в ходе клинических наблюдений за социальным взаимодействием матери и ребенка можно констатировать, что время, которое проходит, пока мать не отреагирует на принятые ею сигналы ребенка (плач, крики, вопли и рыдания), может быть разным[13]. Несомненно, что особо деликатные и лишь едва обозначенные сигналы ребенка могут быть восприняты только очень чуткой матерью[14].

Однако гораздо больше проблем вызывает само по себе требование правильного понимания сигналов. По опыту проведения семинаров для родителей в Ульме мы знаем, что многим родителям, особенно если ребенок у них первый, вначале бывает очень сложно правильно интерпретировать плач. Спустя некоторое время большинству матерей удается распознать, объясняется ли плач ребенка голодом, скукой, протестом, болью, грязными подгузниками или чрезмерной стимуляцией. Большинству людей, заботящихся о ре-

бенке, и значимым для него взрослым сначала требуется определенная стадия проверки на практике, чтобы научиться правильно интерпретировать сигнал плача младенца и кроющиеся за ним желания и мотивы (Papoušek, 1994).

Большинству референтных лиц также сначала приходится учиться подобающей реакции на правильно интерпретированные сигналы. С каждым из своих детей в отдельности им приходится заново выяснять, например, когда ребенок уже в достаточной степени удовлетворил свое чувство голода, потребность в телесном контакте, в стимуляции или покое. Опыт, полученный с первым ребенком, не может быть просто перенесен на последующих сиблингов, потому что у каждого ребенка свой темперамент, он по-другому воспринимает раздражители и по-своему, индивидуально выражает свои желания и потребности (Crockenberg, 1986).

Как показывает наш опыт проведения семинаров для родителей, большинство из них и сегодня все еще опасаются, что могут «совершенно избаловать» своего ребенка в первый год жизни. В наполненных страхом фантазиях они видят своего ребенка «избалованным чудовищем», любое желание которого им придется исполнять. Поэтому многие родители не торопятся быстро реагировать на желания и сигналы ребенка, хотя в принципе они могут проявлять чуткость в поведении. Более того, они убеждены, что их ребенок должен как можно раньше научиться выдерживать фрустрации.

Такому поведению, возможно, способствовала изданная во времена национал-социализма книга для матерей Иоганны Хаарер «Немецкая мать и ее первый ребенок» (Haarer, 1934). Тогда эта книга вручалась каждой немецкой матери, и, даже когда фашизму был положен конец, это руководство, из которого убрали некоторые высказывания в духе национал-социализма, продолжали дарить матерям после рождения ребенка; последнее издание вышло в 1987 году. «Немецкая мать и ее первый ребенок» – это учебное пособие по воспитанию младенцев, которое показывает, как добиться их максимальной фрустрационной толерантности, не реагируя на подаваемые ими сигналы, когда они плачут и кричат, проснувшись ночью, потому что это укрепляет их легкие. Такие советы, касающиеся фрустрации младенцев и рекомендованные для того, чтобы не избаловать их, традиционно передавались из поколения в поколение и сегодня все еще настойчиво дают молодым мамам.

Причем представления о том, что и в каком возрасте еще следует рассматривать как оптимальное фрустрационное упражнение, способствующее развитию, а что – уже как превышение возможностей ребенка по регуляции аффектов в связи с отсутствием чуткости и фрустрированием, сильно различаются. В течение первого года жизни младенцы способны все дольше и дольше ждать удовлетворения своих потребностей. Здесь требуется особая родительская чуткость, чтобы не заставлять младенца ждать с превышением его возможностей, что приводит к фрустрации, когда его возможности саморегуляции, в конце концов, исчерпываются. Поэтому первичное требование быстрого удовлетворения потребностей должно постоянно приводиться

в соответствие с каждым новым возрастным этапом жизни ребенка. Ни в коем случае нельзя допускать, чтобы младенец из-за фрустрации неоднократно оказывался в состоянии переполненности эмоциями, в котором он длительное время панически кричит, а его оставляют один на один с этим чувством; такой опыт не способствует развитию, а переполняет младенца чувствами беспомощности, бессилия и брошенности на произвол судьбы, вплоть до угрозы смерти, из-за чего сильно ограничивается или совсем пропадает его начавшая было развиваться способность к саморегуляции.

Чуткость отличается от потакания и избыточной опеки и защиты тем, что чуткие родители поощряют своего ребенка в его растущей самостоятельности и усиливающейся способности к общению с другими людьми.

Обследованные в первый год жизни младенцы чутких матерей могли, с одной стороны, более самостоятельно играть и исследовать окружающий мир, а с другой – быстрее обращаться к своим матерям, испытывая в незнакомой ситуации тревогу, страх или стресс. Бросалось в глаза, что они были менее пугливыми и меньше злились или гневались в общении со своими матерями. Такие младенцы могли быстрее заново расстаться со своими матерями после обращения к ним и короткого утешения, а в поведении были более готовы к кооперации и к тому, чтобы принимать границы, устанавливаемые матерями.

Младенцы менее чутких матерей, напротив, либо открыто демонстрировали свою независимость от их поддержки, либо явно проявляли робость, гнев, злость и другие агрессивные чувства, так что почти не удалялись от матери для игры, но не успокаивались и в ее присутствии и не могли играть с интересом. Они реже принимали структурные ограничения и установленные их матерями границы (Ainsworth et al., 1978; Grossmann et al., 1985).

Тренировка чуткости для будущих родителей

С учетом требования заботливого ухода, которое выдвигала Мэри Эйнсворт, я вместе со своей сотрудницей Анной Буххайм провел в Ульме тренировку чуткости для будущих родителей. Для этого в нашем «Институте раннедетского развития и исследований родителей и ребенка» (в так называемом «Желтом доме») [15] пары, ожидавшие первого ребенка, в последней трети беременности, в течение 5 вечеров, знакомились с информацией о результатах исследований младенцев. Основное внимание уделялось концепции чуткости, разработанной Мэри Эйнсворт. Родителям нужно было на основании примеров, снятых на видео, самим научиться оценивать поведение родителей по уходу за ребенком и сенсибилизировать свое восприятие к проявлению ими чуткости. Через 3, 6 и 12 недель после рождения ребенка мы снимали на видеопленку сцену пеленания и игры младенца с родителями, отдельно с матерью и отцом. Затем это «видео с пеленанием» просматривалось вместе с родителями во время тренировки чуткости и совместно анализировались эпизод за эпизодом. Целью было научить родителей точнее различать сигналы своего ребенка, дать им возможность понять, как, проявляя чуткость, лучше наладить

с ним взаимодействие, посмотреть со стороны на собственные модели поведения и попытаться интерпретировать их, а также получить в связи с этим импульсы для дополнительного обучения. Основным условием для проведения этой тренировки было поддерживающее, уважительное отношение к родителям и тактичное, одобряющее поведение в тех случаях, когда были найдены и проанализированы эпизоды проявления чуткости во взаимодействии. Если же были замечены сцены, в которых родители проявляли недостаточно чуткости, мы вместе с ними продумывали, как они могли бы интерпретировать свое собственное поведение, а также действия и реакции своего ребенка. При проекциях собственных желаний и чувств на ребенка, которые отрицательно сказывались на их взаимодействии, родителям оказывалась поддержка в нахождении альтернативных объяснений поведения ребенка. При обратной связи с использованием видео по программе SAFE® называются только положительные эпизоды взаимодействия; кроме того, комментариями, в которых дается высокая оценка, подкрепляются те модели поведения родителей, в которых они проявляют чуткость.

Оценка результатов такой тренировки чуткости по сравнению с контрольной группой, не посещавшей подобных занятий, позволяет сделать вывод, что родители, проходившие этот групповой тренинг, с гораздо большей чувствительностью воспринимали сигналы ребенка и критичнее оценивали свои собственные модели поведения. А родители из контрольной группы, которые только смотрели фильм о пеленании и игре, снятый, когда их ребенку было 3 месяца, напротив, чаще идеализировали себя, описывая собственные паттерны поведения, и переоценивали свою чуткость к восприятию сигналов ребенка.

Аналогичный подход, нацеленный на улучшение родительской чувствительности, был реализован в исследованиях, которые проводились в Нидерландах. Там ученые пришли к выводу, что соответствующим образом сфокусированные интервенции могут оказать благотворное влияние на чуткость матерей; эти интервенции осуществлялись как в домашней обстановке, так и на тренинге восприятия, во время которого проводилась видеосъемка (Bakermans-Kranenburg et al., 1998; van den Boom, 1990, 1994).

Понятие качества детской привязанности

Как уже было отмечено, качество детской привязанности исследуется с помощью методики «Незнакомая ситуация». С момента создания этой стандартизованной методики она применялась во всем мире в самых разных формах, и обнаружилось, что это вполне валидный и надежный инструмент. Незнакомая ситуация, в которой участвуют мать, ее ребенок и какой-либо посторонний человек, – это четко регламентированная последовательность эпизодов, во время которых мать дважды расстается со своим ребенком, а через несколько минут вновь встречается с ним. В этой ситуации должна активироваться система привязанности ребенка, и на основании наблюдения за поведением

и взаимодействием матери и ребенка становится возможным дать надежную оценку качества детской привязанности (Ainsworth et al., 1978).

Хотя методику «Незнакомая ситуация» можно критиковать за то, что в ней наблюдение ведется лишь за одной специфической ситуацией социального взаимодействия матери и ребенка и что это лишь некая «моментальная фотография» такого взаимодействия, а оценка в ней строится преимущественно на поведении ребенка и не учитывает реакций со стороны матери, эта методика исследования качества привязанности ребенка, как уже было сказано, оказалась вполне валидной и надежной (о ее критике см.: Fox et al., 1991).

Исследование по методике «Незнакомая ситуация» проводится между 12-м и 19-м месяцем жизни в специально оборудованной для этого игровой комнате, с которой не знакомы ни мать, ни ребенок, то есть представляющей реальную незнакомую ситуацию. Весь ход эксперимента делится на 8 эпизодов по 3 минуты каждый и для дальнейшей оценки снимается на видео (Ainsworth & Wittig, 1969).

Первый и второй эпизоды. Мать и ребенок входят в незнакомую игровую комнату. Ребенок, освоившись, через некоторое время начинает с любопытством изучать незнакомые привлекательные игрушки. Мать должна оказывать ребенку помощь в игре лишь настолько, насколько это безусловно необходимо. Как правило, мать сидит на стуле и может наблюдать за игрой ребенка. Некоторые матери могут также взять что-нибудь почитать, потому что их дети довольны и играют у их ног.

Третий эпизод. Какой-то посторонний человек входит в помещение и сначала не разговаривает с матерью. Только через 2 минуты он заговаривает с матерью, и происходит короткий диалог. Как правило, дети реагируют на чужого человека с любопытством или с легким страхом и сокращают расстояние до матери или проявляют некоторую стеснительность в своем игровом поведении. Во второй части эпизода этот посторонний человек пытается вступить в контакт с играющим ребенком. Он предлагает принять участие в игре, не сдерживая при этом ребенка в его исследовательском поведении и не особенно направляя его.

Четвертый эпизод. Раздается стук, служащий для матери сигналом покинуть помещение, что она и делает, сказав ребенку на прощание несколько слов. Это первое расставание служит для того, чтобы активировать систему привязанности ребенка. Как правило, можно увидеть, как ребенок смотрит вслед матери, зовет ее или уже начинает плакать. Он следует за матерью к двери, за которой она скрывается, расставаясь с малышом на короткое время. Посторонний человек пытается утешить ребенка или отвлечь его игрой. Как правило, это более или менее удается сделать, а иногда и не удается.

Пятый эпизод. После трехминутного расставания мать снова возвращается, обращается к ребенку по имени, берет его на короткое время на руки и при не-

обходимости пытается утешить его. Как только ребенок успокаивается, она опять дает ему возможность заняться игрой. Как правило, дети и сами хотят вернуться к игре, вызвавшей их любопытство. Пока мать общается с ребенком, посторонний человек покидает помещение.

Шестой эпизод. Еще через три минуты происходит второе расставание. Еще раз раздается стук, и после этого сигнала мать снова покидает помещение, а ребенок остается уже совсем один. Как правило, теперь можно увидеть более сильную реакцию ребенка на расставание, с явным поведением привязанности, когда ребенок следует за матерью, кричит, зовет ее и начинает плакать, проявляя четкие признаки эмоционального стресса. Предыдущее расставание к тому времени уже активировало систему привязанности ребенка.

Седьмой эпизод. Вместо ожидаемой матери после трехминутного расставания,– а возможно, и раньше, если ребенок слишком взволнован,– в помещение входит сначала тот же самый посторонний человек и снова пытается утешить или отвлечь ребенка.

Восьмой эпизод. Мать возвращается, как правило, еще через 3 минуты – или раньше, если ребенка не удается успокоить и утешить. Она успокаивает его, беря на короткое время на руки. Как правило, дети в течение следующих 3 минут снова возвращаются к игре.

Наблюдая за годовалыми детьми в незнакомой ситуации, можно увидеть различные реакции и модели поведения, которые можно четко разделить на 3 разные типа по качеству привязанности, а также выделить четвертый, дополнительный тип привязанности (Ainsworth et al., 1978; Ainsworth, 1985).

Классификация типов привязанности ребенка

Дети с надежной привязанностью (secure). Эти дети четко демонстрируют поведенческое проявление привязанности как после первого, так и после второго расставания с матерью. Они зовут мать, следуют за ней, ищут ее – порой довольно продолжительное время,– потом плачут и явно испытывают стресс. На возвращение матери они реагируют радостью, протягивают к ней руки, хотят, чтобы их утешили, ищут телесного контакта, но вскоре снова успокаиваются и возвращаются к игре.

Дети с ненадежной привязанностью и избегающим поведением (avoidant). Эти дети реагируют на расставание лишь небольшим протестом и не проявляют явного поведения привязанности. Как правило, они остаются на своем месте, продолжают играть, пусть даже с меньшим любопытством или упорством. Иногда можно заметить, что они следят глазами за матерью, когда она выходит из помещения, то есть действительно замечают, что мать отлучилась. На возвращение матери они реагируют, скорее, отвержением и не хотят, чтобы их брали на руки и утешали. Как правило, интенсивного телесного контакта в таких случаях также не бывает.

Дети с ненадежно-амбивалентной привязанностью (ambivalent). Эти дети после расставания с матерью испытывают сильнейший стресс и горько плачут. Когда мать возвращается, ей никак не удается их успокоить. Как правило, требуется много времени, чтобы эти дети снова обрели состояние эмоциональной стабильности. Когда матери берут их на руки, они выражают желание телесного контакта и близости и одновременно ведут себя агрессивно по отношению к матери (дрыгают ногами, дерутся, толкаются или отворачиваются).

Паттерны с ненадежно-дезорганизованной привязанностью. Многих детей не удалось отнести ни к одной из вышеназванных категорий. Впоследствии у таких детей были идентифицированы типичные особенности поведения, описанные как «ненадежно-дезорганизованные/дезориентированные» (Main & Solomon, 1986). Эта модель дезорганизованного поведения может присутствовать и у детей с тремя основными типами привязанности и тогда используется как дополнительная их кодировка. Даже дети с надежной привязанностью могут на протяжении кратких эпизодов проявлять некоторые формы дезорганизованного поведения. Например, дети бегут к матери, на полпути останавливаются, поворачиваются и убегают, увеличивая расстояние до нее. Их жесты могут застывать на полпути, как будто «замерзать». Кроме того, наблюдаются стереотипные модели поведения и движений. Эти наблюдения интерпретируются таким образом, что система привязанности этих детей хотя и активирована, но их поведенческое проявление привязанности не выражается в достаточно постоянных и однозначных стратегиях поведения. При измерении физиологических показателей в незнакомой ситуации у детей с дезорганизованной моделью привязанности были выявлены повышенные значения стресса, аналогичные тем, которые были отмечены у детей с ненадежной привязанностью, после чего этот паттерн стали относить к группе ненадежных качеств привязанности (Spangler & Grossmann, 1993).

Паттерн дезорганизации достаточно часто обнаруживается у детей из клинических групп риска, а также у детей тех родителей, которые, со своей стороны, привносили в отношения с ребенком непроработанный травматический опыт (например, переживания потерь и разлук, жестокое обращение, злоупотребления и насилие) (Main & Hesse, 1990)[16].

Формы поведения, описанные как дезорганизованные, напоминают поведенческие реакции, которые наблюдались в клинических выборочных пробах в группах риска, например у детей, родившихся недоношенными (Minde, 1993). В нашем лонгитюдном исследовании развития детей, родившихся преждевременно и с очень маленьким весом, было выявлено статистически значимое соответствие между дезорганизованной привязанностью и перивентрикулярной лейкомалацией, которая может развиться как последствие мозгового кровотечения. Аналогичная взаимосвязь обнаружилась также между дезорганизованной привязанностью и постнатальной гипогликемией. Оба этих фактора риска независимо друг от друга коррелировали с развитием дезорганизованной привязанности недоношенных в возрасте 14 месяцев

(с поправкой на преждевременные роды) (Brisch et al., in press; Brisch, 2006). Дезорганизованные формы поведения наблюдаются и у младенцев, и у детей младшего возраста (от 1 до 3 лет) после жестокого обращения с ними (Carlson et al., 1989) и депривации (Lyons-Ruth et al., 1991, 1993). Можно предположить, что существует достаточно плавный переход от нормы к психопатологическим формам поведения.

С помощью психофизиологических исследований было доказано, что все дети, обследованные по методике «Незнакомая ситуация», и на физиологическом уровне в большей или меньшей степени проявляли стрессовую реакцию: например, при расставании с матерью у них отмечалось повышение частоты сердечных сокращений. У внешне спокойных детей с ненадежно-избегающей привязанностью, которым первоначально приписывали особую способность к приспособлению и адаптации, более сильно развитую самостоятельность или более спокойный темперамент, при измерении уровня кортизола в их слюне как меры стрессовых переживаний отмечались даже более высокие показатели, чем у детей с надежной и с ненадежно-амбивалентной привязанностью. Поэтому ненадежно-избегающую модель поведения следует понимать уже скорее как результат защиты или адаптации младенца. Следствием этого является повышенная реакция на стрессовую нагрузку как на психологическом, так и на гормональном и иммунологическом уровне (Reite & Field, 1985; Schieche & Spangler, 1994; Spangler, 1998; Spangler & Grossmann, 1993; Spangler & Schieche, 1995).

Что касается процентного соотношения различных паттернов привязанности, то выявляется следующая картина: около 50–60% детей в различных лонгитюдных исследованиях было классифицировано как обладающие надежной, около 30–40% – ненадежно-избегающей и около 10–20% – ненадежно-амбивалентной привязанностью (Grossmann, 1997). Доля дезорганизованных форм поведения различается в зависимости от исходной клинической выборки. Чем большим рискам – в частности, биологическим – подвергается ребенок и чем больше психическая нагрузка на родителей, которая перетекает в социальное взаимодействие с детьми, тем более выраженными и частыми могут быть дезорганизованные формы поведения, которые обнаруживаются дополнительно к основной классификации привязанности (Grossmann, 1988).

Были выявлены средние по силе взаимосвязи между чутким поведением значимого взрослого при уходе за ребенком и надежностью привязанности ребенка: у чутких матерей годовалых малышей чаще бывают дети с надежной привязанностью, а у менее чутких матерей – дети с ненадежной привязанностью (van IJzendoorn et al., 1995). Правда, в балтиморсоком исследовании Эйнсворт (Ainsworth et al., 1978) взаимосвязи между паттернами привязанности у детей и чуткостью родителей явно преувеличены. Хотя сначала она обнаружила статистически значимые взаимосвязи между заботливым уходом матерей и видом привязанности их детей, это не удалось в таком же объеме подтвердить в повторных исследованиях. В настоящее время ученые исходят

из того, что лишь 12% дисперсии паттернов детской привязанности можно объяснить чуткостью матери (De Wolff & van IJzendoorn, 1997).

Для более глубокого анализа этих взаимосвязей необходимо учитывать также индивидуальную готовность младенца к тому или иному поведению, потому что это такой фактор, который оказывает существенное влияние на формирование качества привязанности. Дети, которые в младенческом возрасте отличались более слабой ориентировочной реакцией и более высокой раздражительностью и возбудимостью, впоследствии, даже когда их матери вели себя со средней степенью чуткости, при проведении методики «Незнакомая ситуация» чаще оценивались как обладающие ненадежной привязанностью (Grossmann et al., 1985).

Когда было установлено влияние особенностей ребенка на паттерны привязанности, развернулась острая дискуссия на тему, можно ли объяснить то или иное поведенческое проявление привязанности различиями в темпераменте ребенка (Sroufe, 1985; Fox et al., 1991; Fox, 1992). Сегодня можно утверждать, что темперамент ребенка, или его генетически обусловленные особенности поведения и готовность к определенному поведению, вносят свой вклад в социальное взаимодействие матери и ребенка на первом году жизни (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997). Беспокойный младенец (например, испытывающий проблемы с едой или сном, постоянно кричащий, никак не успокаивающийся) будет сильнейшим испытанием даже для матери со средней степенью чуткости; может быть, это даже окажется выше ее возможностей. В клинике можно наблюдать, как взаимодействие между матерью и такими младенцами довольно быстро начинает развиваться по нежелательному сценарию, а в дальнейшем появляются большие вторичные трудности (Papoušek, 1996). Исследования, посвященные влиянию пренатального опыта матери (особенно страхов) на развитие плода и на поведение младенца, показывают, что стрессоры, действовавшие на женщину во время беременности, сказываются на возбудимости младенца, а также ведут к ослаблению его способности к управлению поведением (Wurmser, 2007). В других исследованиях были установлены взаимосвязи между страхом матери во время беременности и нарушениями поведения детей в детсадовском возрасте (O'Connor et al., 2002; Glover & O'Connor, 2002).

На развитие привязанности оказывают влияние и другие переменные. Так, снова и снова разгораются дискуссии вокруг генетических факторов. Исследования Гервай (Gervai, 2008) показывают, что специфические полиморфизмы гена дофаминового рецептора D_4 (DRD_4) связаны, скорее, с дезорганизованной привязанностью ребенка; а в работе Шпанглера с соавт. (Spangler et al., 2009) было показано, что паттерны дезорганизованной привязанности чаще отмечались (особенно у детей с полиморфизмом на участке активатора гена, отвечающего за транспортировку серотонина) именно тогда, когда матери вели себя нечутко по отношению к своим детям. Эти результаты указывают на возможность взаимодействия между генами и окружением. Однако в проведен-

ном в Голландии исследовании близнецов пока не удалось повторить этот результат (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2004; Gervai & Lakatos, 2004).

Учитывая установленные на данный момент взаимосвязи, можно предположить, что сама по себе непроработанная травма матери и/или отца и/или ребенка ведет к соответствующим нарушениям в очень раннем взаимодействии между родителями и младенцем (Schuengel et al., 1999a, b; van IJzendoorn et al., 1999; Bokhorst et al., 2003). Возможно, что в результате такого нарушения социального взаимодействия формируется паттерн дезорганизованной привязанности, а также дезорганизованной «внутренней рабочей модели» привязанности у младенца. Если травматический опыт повторялся, могла сформироваться не только дезорганизованная привязанность, но и – как вид психопатологии – нарушение привязанности.

Младенцы с генетическими изменениями в системе регуляции дофамина, видимо, могут быть особенно восприимчивы к этому травматическому опыту. Некогерентные нейрональные модели, формирующиеся на фоне такой регуляторной уязвимости, могут еще больше усугубляться или фиксироваться под влиянием робкого, пугающего и беспомощного взаимодействия травматизированных родителей со своими детьми. Эти некогерентные нейрональные модели отражаются в дезорганизованных поведенческих паттернах младенца или ребенка в ситуациях, важных для привязанности, которые представляют собой стрессор для регуляторных нейрогуморальных способностей ребенка. При паттернах дезорганизованной привязанности эти детские формы поведения на уровне симптомов имеют сходство с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и часто в детсадовском и младшем школьном возрасте бывают связаны с агрессивными формами поведения. Тем самым паттерн дезорганизованной привязанности у младенцев и маленьких детей может быть предшественником симптоматики СДВГ у дошкольников и школьников.

Дезорганизация привязанности и синдром дефицита внимания с гиперактивностью

Дезорганизованные формы поведения привязанности, которые можно наблюдать уже у 12-месячных младенцев в ситуации расставания с матерью, при средней степени воздействия стресса (в лабораторном исследовании по методике «Незнакомая ситуация», см.: Ainsworth & Wittig, 1969) характеризуются, в частности, двигательными эпизодами со стереотипными формами поведения. Встречаются также реакции, когда дети приостанавливают свои движения и замирают на несколько секунд. Другие при новой встрече с матерью бегут к ней, останавливаются на полпути, внезапно поворачиваются, снова убегают от нее, а потом так и двигаются в нерешительности – то вперед, то назад. Стереотипные формы поведения, амбивалентность поиска близости и ее избегания на уровне двигательной активности похожи на *паттерн гиперактивности,* когда ребенок бежит к матери, убегает от нее, бегает по помещению. Постоянно проявляющиеся поведенческие симптомы в виде замира-

ния и погружения в себя, «псевдоотсутствия», которое напоминает состояние, предшествующее нарушению внимания, а также двигательное беспокойство с противоречивыми формами двигательного поведения и импульсивными сменами направления активности напоминают картину «гиперактивности», которая наблюдается у детей дошкольного возраста (Solomon & George, 1999a; Main & Solomon, 1990). У детей с дезорганизованной привязанностью кроме двигательного беспокойства в ситуациях, вызвавших эмоциональные стрессовые перегрузки их системы привязанности, или после них могут иметь место также и аффективные проявления, причем в таких случаях эти дети часто в неистовстве бросаются на пол. При этом речь не идет об оппозиционном поведении, как, например, при приступах ярости или упрямства, которые бывают в других контекстах установки границ, но не возникают в ситуациях, важных для привязанности.

Ведутся дискуссии по поводу того, что активация эмоционально противоречивого опыта привязанности, который невозможно интегрировать в единый паттерн, например, при общении с матерью, отражается в дезориентированных формах поведения привязанности ребенка и что это может быть выражением дезорганизованной «внутренней рабочей модели» привязанности к определенному лицу (Main & Solomon, 1990). Например, в эмоциональном плане мать становилась для таких детей не только надежной гаванью, но иногда и источником страха и угрозы, потому что в ситуациях привязанности она могла вести себя по отношению к детям агрессивно, тем самым внушая им тревогу и страх, или же, напротив, вела себя боязливо и нерешительно (Hesse & Main, 1990).

Как уже говорилось, в исследованиях неоднократно отмечалось наличие взаимосвязей между паттерном дезорганизованной привязанности и явной психопатологией – синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) чаще проявляют паттерн дезорганизованной привязанности. Кроме того, отмечается, что как у детей с таким паттерном дезорганизованной привязанности, так и у детей с СДВГ найдены совершенно аналогичные полиморфизмы в генах, отвечающих за работу дофаминовых рецепторов.

В отдельном, весьма обширном исследовании мы занимались выяснением вопроса, какая взаимосвязь существует между травматическим опытом, соответствующими паттернами привязанности, способностью к регуляции стрессовой реакции, а также генетическими полиморфизмами и СДВГ, причем как у самого ребенка, так и у его родителей. На основании полученных результатов можно утверждать: очень многое говорит в пользу того, что между психопатологической моделью дезорганизованной привязанности и СДВГ существует пересечение. В упомянутом исследовании подчеркивается, что это имеет важное значение для выбора терапевтического подхода; ведь при постановке диагноза дезорганизованной привязанности существует четкое показание для проведения психотерапии, центрированной на травме, включая

сопровождающую психотерапию родителей, чтобы можно было нейтрализовать травматический опыт родителей и прекратить его передачу из поколения в поколение. Таким образом, вполне возможно, что генетические полиморфизмы в дофаминовой системе – это такая уязвимость, которая активируется при соответствующей констелляции окружения и/или при соответствующем социальном взаимодействии между родителями и ребенком, в котором проявляется привязанность. Здесь травматический опыт может играть особую роль; как соматическая, так и психическая травма, по-видимому, могут активировать уязвимость в генетической дофаминовой системе или приводить к соответствующим последствиям под воздействием дофаминовой проблематики.

Взаимосвязи между видом привязанности ребенка и стилем родительского поведения и репрезентациями привязанности

Недавно проведенные научные исследования дополнили концепцию родительской чуткости во взаимодействии с младенцем за счет рассмотрения значения речи, а также указаний относительно влияния ритма и времени взаимодействия. Важный вклад в разработку проблемы раннего использования речи во взаимодействии матери и ребенка внесли работы Элизабет Майнс (Meins, 1997a, b, c). Те дети, матери которых уже на первом году жизни ребенка, т. е. еще до начала использования им речи, во взаимодействии со своим младенцем эмпатийно облекали воспринятые от него невербальные сигналы и состояния аффекта в слова (что можно подтвердить документально), в возрасте одного года закономерно проявляли надежную привязанность. И наоборот, дети матерей, разговаривавших со своими младенцами малоэмпатийно или недостаточно эмпатийно (с точки зрения стороннего наблюдателя) либо вообще не разговаривавших со своими малышами при взаимодействии с ними, закономерно проявляли ненадежную привязанность. Эти результаты весьма примечательны; они указывают на то, что младенцы не только воспринимают чуткость значимых для них взрослых *на уровне поведения* в конкретной ситуации ухода и формируют по отношению к ним надежную привязанность, но и благодаря эмпатийной вербализации состояний аффекта чувствуют себя понятыми, пусть даже по уровню своего развития они еще не в состоянии понять декларативного содержания слов матери. Таким образом, видимо, важную роль играют просодические компоненты речи матери (такие как интонация, мелодия, ритм, громкость), которые улавливают и передают младенцу его внутреннее и внешнее состояние, так что малыш чувствует, что его эмпатийно поняли.

Большое значение имеет также синхронность, взаимность и реципрокность во взаимодействии матери и младенца: если взаимодействие было чрезмерно синхронным или в значительной степени асинхронным с малой долей реципрокности, то такие дети в возрасте одного года чаще отличались ненадежной привязанностью. Напротив, когда взаимодействие характеризовалось наличием стадий синхронного и обоюдного обмена в общении между мате-

рью и ребенком, наряду с так называемыми «недоразумениями» (недопониманием) во взаимодействии, которые замечались и исправлялись матерью, то у детей закономерно присутствовала надежная привязанность (Jaffe et al., 2001). Эти результаты указывают на то, что формированию надежной привязанности особенно способствует средняя степень ритмической координации последовательных интеракций между матерью и младенцем. Совершенная синхронная коммуникация, очевидно, не является оптимальным условием эмоционального развития. Наоборот, воспринятые и исправленные случаи недопонимания могут положительно сказаться на формировании привязанности, способствуя развитию отношений матери и ребенка, если выражены не настолько ярко, что взаимодействие полностью прерывается или даже начинает терять свою целостность.

Травма и дезорганизация

Испытав пренебрежение, жестокое обращение или насилие, дети очень часто (примерно в 80% случаев!) проявляют дезорганизованные формы поведения, такие как состояния, похожие на кратковременное затемнение сознания, боязливое отношение к матери, двигательные стереотипы, противоречивые модели поведения, которые невозможно объяснить каким-либо нейробиологическим заболеванием, например эпилептическими припадками. В выборочных пробах со здоровыми детьми, родившимися доношенными и имеющими родителей без психосоциальных проблем, лишь примерно у 15% выборки находят паттерны дезорганизованной привязанности (Cicchetti & Barnett, 1991; Lyons-Ruth et al., 1987, 1989; Rogosch et al., 1995; Laqmb et al., 1985; Crittenden & Ainsworth, 1989; Carlson et al., 1989; Cicchetti & Toth, 1995; Egeland & Sroufe, 1981).

Дети тех матерей, которые сами пережили – еще *не проработанные* – тяжелые травмы, например сексуальное насилие и жестокое обращение, имеют такие эпизоды боязливого поведения привязанности чаще, чем дети матерей, у которых не было травм или которые уже проработали их (Lyons-Ruth et al., 1991, 1993, 1999; Main & Solomon, 1986; Solomon & George, 1999a). Мэйн и Хессе выявили взаимосвязь между боязливым и пугающим интеракционным поведением матери по отношению к ребенку и паттерном дезорганизованной привязанности, который впоследствии наблюдается у ее ребенка (Hesse & Main, 1999; Schuengel et al., 1999a). Джордж и Соломон в своих исследованиях, посвященных заботливому уходу родителей, также показали, что беспомощное и хаотическое поведение, а также неустойчивая забота матери при взаимодействии со своим ребенком также связана с дезорганизованным поведением детей, даже если эти матери в «Интервью о привязанности для взрослых» не сообщали о неразрешенной травме или о непроработанном переживании разлуки и потери. В одном интервью о заботливом уходе выяснилось, что у таких матерей были очень противоречивые, амбивалентные и дезорганизованные репрезентации себя и своего специфически материнского поведения при уходе за ребенком и взаимодействии с ним (George & Solomon, 1996, 1999a, b).

Лайонз-Рут, основываясь на результатах своих исследований, сделала вывод о влиянии высоких социальных рисков и отягчающих обстоятельств, таких как бедность, насилие, плохие жилищные условия, на отношения родителей и детей. Родители, которые жили в тяжелых и сопряженных с риском условиях, отличались враждебным и беспомощным поведением по отношению к своим детям, и дети таких родителей чаще демонстрировали паттерн ненадежно-дезорганизованной привязанности (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Дезорганизация и нарушение привязанности

В клинических выборочных пробах пациентов встречаются нарушения привязанности, причиной которых можно считать довольно глубокие изменения и деформации в развитии привязанности (Zeanah et al., 1993). Общим моментом для всех расстройств привязанности является то, что ранние потребности в близости и защите в опасных ситуациях и в активации привязанности в тревожащих и пугающих ситуациях были удовлетворены в высшей степени неадекватно, недостаточно или же ответ на них со стороны значимого взрослого был противоречивым. Такие коммуникационные ситуации часто имеют место при многочисленных внезапных расставаниях ребенка со значимыми лицами, например у детей, выросших в детских домах, у детей психически больных родителей или при значительных хронических социальных тяготах и чрезмерных нагрузках, выпавших на долю родителей (это могут быть бедность или потеря работы).

Лонгитюдные исследования эмоционального развития младенцев и дошкольников, выросших в условиях тяжелой ранней депривации в румынских приютах и детских домах, а затем усыновленных и удочеренных английскими и канадскими семьями, показывают, что эти дети даже годы спустя все еще имели симптомы ярко выраженных реактивных расстройств привязанности в сочетании с нарушениями внимания и гиперактивностью, а также нарушениями поведения, симптомы которых были аналогичны симптомам расстройств привязанности и симптомам, характерным для заболеваний аутистического спектра (Rutter et al., 1999). Хотя у 20% детей в ходе дальнейшего развития проявилась тенденция к эмоциональной нормализации, в общем и целом была установлена высокая стабильность патологической симптоматики СДВГ – даже в эмоционально благоприятных условиях усыновления (O'Connor et al., 2000). Чем более травматичным был опыт ранней депривации в условиях приюта или детского дома, тем более ярко выраженными оказывались симптомы СДВГ. Существовала явная взаимосвязь между выявлением СДВГ и симптомами нарушения привязанности. Обнаруженные эффекты не могли быть объяснены плохим питанием, небольшим весом при рождении или когнитивными дефицитами детей (Kreppner et al., 2001). Эти выводы соответствуют также клиническим наблюдениям, свидетельствующим о том, что у детей с расстройствами привязанности был существенный травматический опыт; в отношениях они часто проявляли дезорганизован-

ные формы поведения, в целом сравнимые с симптомами ярко выраженного синдрома СДВГ.

Если названные патогенные факторы проявляются лишь временно или на отдельных стадиях, они часто могут сочетаться с дезорганизованным поведением привязанности. Если же они, напротив, преобладают как ранние интеракционные паттерны, а патогенный опыт привязанности накапливался в течение многих лет, результатом этого могут стать нарушения привязанности. Сильные поведенческие нарушения часто не позволяют распознать скрытые потребности детей в привязанности; в худшем случае нарушения привязанности могут закрепиться и перейти в стойкие и длительные психопатологические паттерны. С этой точки зрения, дезорганизованные формы поведения и СДВГ могут быть признаками начинающегося нарушения привязанности, которое имеет тенденцию к постепенному усилению. Паттерн дезорганизованной привязанности, так же как и СДВГ, приводит к социальному и эмоциональному отвержению ребенка в группе, к изоляции, к агрессивным стычкам, к строгой регламентации, так что вторично, на поведенческом уровне, формируется система структурирования и контроля за ребенком со стороны окружения. В таких условиях скрытые потребности в привязанности ребенка в том виде, как они проявляются в дезорганизованном поведении привязанности, уже не воспринимаются значимыми взрослыми (родителями, воспитателями, учителями) (Lyons-Ruth, 1996). Это, в свою очередь, объясняет, почему попытки терапии, проводимой на поведенческом уровне, хотя и могут на короткое время нормализовать поведение ребенка, но окончательно не устраняют предполагаемые здесь проблемы формирования привязанности. Такая терапия не учитывает связь между первичным нарушением взаимодействия, расстройством привязанности и поведением. Вклад родителей (а также воспитателей и учителей) в возникновение и закрепление симптоматики уже не находится в фокусе диагностики, причем постановка диагноза вешает ярлык «патология» только на ребенка (Lyons-Ruth et al., 1993; на эту тему подробнее см. также: Brisch, 2002b, 2004a; Als & Butler, 2008).

Граница появления ранней психопатологии бывает размытой. Возможно, она формируется на фоне генетических полиморфизмов нейротрансмиттеров и их рецепторов, которые в определенных стрессовых условиях социального взаимодействия родителей с ребенком предопределяют появление неадекватных форм поведения. Так, например, они предрасполагают к дезорганизации привязанности, а это, в свою очередь, при постоянном стрессе, которому младенцы подвергаются, например, в условиях крайнего пренебрежения, запущенности и невнимания в некоторых приютах, может усугубляться и переходить в устойчивые нарушения привязанности. Совпадения с СДВГ на уровне поведения, а также на генетическом уровне просто поразительные – это должно стать для нас дополнительным стимулом для выявления возможных причин СДВГ, а также для соответствующих выводов относительно психотерапии.

Понятие репрезентации привязанности

После того как была создана методика для классификации по типу привязанности младенцев и маленьких детей, ученые задумались, насколько репрезентация привязанности у родителей может вносить вклад в качество привязанности их детей. Как уже упоминалось, Мэри Мэйн разработала полуструктурированное интервью – так называемое «Интервью о привязанности для взрослых» – для учета репрезентации привязанности у взрослых (George et al., 1985; Main et al., 1985). Взрослых расспрашивают об их детстве и об отношениях с родителями, например о воспоминаниях, касающихся конкретных событий и переживаний, прежде всего, применительно к оценке ситуаций, в которых родители утешали ребенка в его горе и разбирались с подробностями произошедшего с ним. Затем задавались вопросы о значении привязанностей, расставаний и потерь, о которых взрослые вспомнили в ходе опроса, чтобы можно было оценить влияние родителей на их личностное развитие, вопросы об изменениях в отношении к родителям для сравнения того, что было раньше, с тем, что есть сейчас, а также вопросы о том, как человек сегодня переживает расставание с собственными реальными или воображаемыми детьми (подробно вопросы «Интервью о привязанности для взрослых» представлены в приложении).

Это интервью должно активировать воспоминания на уровне репрезентации. При этом учитывается, что на воспроизведение в форме речевого диалога влияют психологические защиты интервьюируемого, это приводит к некогерентностям в описаниях, которые не замечаются или не исправляются им (см. приводимые далее примеры из книги: Buchheim et al., 1998).

Результаты оцениваются с помощью особого лингвистического анализа. Главный критерий этого дискурсного анализа – когерентность. Когерентный дискурс (по: Grice, 1975) должен соответствовать следующим критериям:

- качество («будь откровенным и подтверди свои высказывания примерами»);
- количество («будь краток, но давай полную информацию»);
- понятная структура («говори понятно и упорядоченно»).

Полученные по этой методике оценки взрослых можно разделить на четыре категории, которые отражают их репрезентацию привязанности (Main, 1991; Main et al., 1985).

Надежная внутренняя репрезентация с высокой предрасположенностью к привязанности («free autonomous»). Взрослые сообщают о позитивных переживаниях, связанных с их родителями, о ситуациях привязанности, в которых они получали утешение, ласку и нежную заботу. Если детские переживания были отмечены болью, разлукой и потерями, то взрослые могут сообщать об этом дифференцированно и после применения лингвистического метода оценки отвечают критериям когерентности для диалога. Специальный

метод оценки, разработанный Фонаги с соавт. (Fonagy et al., 1996b), показывает, что респонденты с надежной внутренней репрезентацией характеризуются высокой способностью к саморефлексии, к анализу собственной судьбы и собственных описаний.

Мэйн обращает внимание на следующий момент: те взрослые, которые сообщают о негативных переживаниях, но делают это очень когерентно, рефлексивно, приобрели эту способность к саморефлексии в течение жизни благодаря важным референтным лицам или в рамках психотерапии. Благодаря этому болезненные события, как пишет Мэйн, могут быть заново пережиты и описаны саморефлексивно и в контексте. В психотерапии известно такое изменение в изложении событий и переживаний пациентами, когда сравнивается начало и окончание лечения. Мэйн (Main, 1995) называет эту приобретенную позже репрезентацию надежной привязанности, которую кто-то заслужил, «заслуженно надежной» (см. также: Pearson et al., 1994).

Пример I (*с позитивным опытом*)
(Buchheim et al., 1998)

(**И.** – интервьюер, **П.** – пробанд, испытуемый)

И.: Что вы делали в детстве, поранившись или ударившись?
П.: Хотя у моей матери и было мало времени, и тогда это создавало для меня много неудобств, но, если у меня что-то болело или если она мне была нужна, она была со мной.
И.: Вы можете привести какой-нибудь пример, подтверждающий это?
П.: Я помню, например, как я разбила коленку, это было на летних каникулах, мне было примерно 6 лет, я тогда слишком быстро ехала на велосипеде, не вписалась в поворот, упала и была в шоке. Я тут же прибежала к маме, она все бросила, взяла меня на руки и сказала: «О, наверно, тебе больно, но все заживет».
Да, когда я так об этом думаю, я должна сказать, что она тогда правильно поступила.

Ненадежно-избегающая организация внутренней репрезентации с заниженной предрасположенностью к привязанности («dismissing»). Такие интервью отличаются тем, что у взрослых остается мало воспоминаний о собственном детстве, они не придают привязанности большого значения в своей биографии. Часто обнаруживается идеализация отношений с родителями, но в описаниях это не может быть подтверждено примерами.

Пример II

И.: Как бы вы описали свои тогдашние отношения с родителями?
П.: Они были… я была… у меня было счастливое детство, то есть оно было просто классное!
И.: Вы могли бы мне привести какой-нибудь пример, подтверждающий это?

П.: Просто гармоничная семья, как ее себе обычно представляют, в общем, ну, то есть совершенно нормальная.

И.: Что вы понимаете под словом «нормальная»?

П.: Понятия не имею, то есть – ой, ну да, очень сердечная.

И.: Есть какое-нибудь воспоминание об этом?

П.: Нет, не припомню, нет, никакого.

И.: Приходит ли вам в голову что-нибудь конкретное, что описывало бы эту сердечность?

П.: Ну, я помню только, что в детстве меня всегда нервировало, когда мне приходилось носить затасканные платья моей сестры, вот такие вещи мне приходят в голову, но все было, собственно говоря, просто супер!

Ненадежно-амбивалентная организация внутренней репрезентации с противоречивой предрасположенностью к привязанности («enmeshed, preoccupied»). Интервью с такими взрослыми кажутся интервьюеру «бесконечными». Они отличаются массой подробностей и запутанным содержанием, а также противоречивыми высказываниями. Примечательно, что сам интервьюируемый не замечает, насколько его суждения противоречивы.

Пример III[17]

И.: Как вы воспринимали отношения со своей матерью?

П.: О, все упрямство и своенравие, своеволие и узость мышления, и из-за этого у меня, правда, очень-очень поздно была сильнейшая размолвка; мне пришлось пойти на это, чтобы освободиться и отделиться, но именно мать все решала за нас: все в практических вопросах и дома, и вообще; все было чисто, и «туда ты не пойдешь, это сделаю я, ты наденешь это», это решает она, и «вы будете хорошо играть на инструменте», это же было ясно, так ведь нельзя; и в школе, все это заходило очень, очень далеко, я был такой нерешительный.

И.: Вам приходит в голову еще что-нибудь, что описывало бы тогдашние отношения с ней?

П.: И я все время хочу ее защитить, не знаю почему. До сих пор, собственно говоря, мы ссоримся, и до сих пор мне снится, что я просто испытываю агрессию к ней. Это мучает меня до сих пор, и все-таки хочется к ней, и ее детство мне тоже близко и где-то даже близко к состраданию.

Ненадежная организация внутренней репрезентации привязанности с неразрешенной травмой и/или потерей («unresolved trauma of loss»). У взрослых из клинических выборочных проб часто обнаруживались высказывания, отличавшиеся дезорганизацией и дезориентированностью. Клиницистам такие диалоги знакомы по первичным интервью с пациентами, страдающими пограничными расстройствами, в которых на уровне содержания, мыслительного процесса и в описании эмоциональных переживаний в диалоге встречаются разрывы, вплоть до проявлений отдельных психотических

эпизодов, которые можно описать как психическую дезорганизацию (Gergely et al., 2003).

В биографических анамнезах таких проинтервьюированных пациентов часто обнаруживалось, что они в свое время переживали травмы, такие как экстремальные потери, жестокое обращение или насилие, которые так и остались непроработанными.

Пример IV

И: Как вы тогда восприняли смерть своей бабушки?
П: Ах, это было ужасно, я никак не могу поверить, что она умерла, я все еще не осознала этого, она умерла 2 года назад, а для меня это было как будто вчера… (пауза в течение примерно 30 секунд)
И: Вы были на похоронах?
П: Да, в прошлом году, это было ужасно, я точно уже не помню, во сколько это было, нет, помню, было ровно 12, когда гроб опустили в могилу, а на моей бабушке была надета ее любимая блузка, та, с красными цветочками, ее очки слегка съехали.
И: Вы говорите, похороны были в прошлом году, а когда умерла ваша бабушка?
П: Два года назад.

Есть и другие инструменты для проведения научных исследований, позволяющие измерять репрезентацию привязанности у взрослых. Хорошая подборка содержится в книге Глогер-Типпельт (Gloger-Tippelt, 2001). «Проективный тест привязанности взрослых» (Adult Attachment Projective Test, AAP) разработала Кэрол Джордж, которая ранее также предложила вопросы для «Интервью о привязанности для взрослых» (Adult Attachment Interview, AAI) (George et al., 1997, 1999; George & West, 2001; Buchheim et al., 2003; West & George, 2002). В тесте AAP испытуемым показывали вклейки-репродукции, которые изображали конфликтные ситуации, характерные для привязанности. На этих картинках так мало деталей, что они оставляют испытуемому достаточно простора для интерпретаций и проекций. Так, из историй, которые рассказывают по этим картинкам, можно с помощью системы анализа сделать выводы о репрезентации привязанности испытуемого. У теста AAP и интервью AAI есть много совпадений, включая возможность классифицировать «неразрешенную травму». Правда, нарративы к вклейкам-репродукциям AAP не позволяют судить о биографии испытуемых. AAI дает важные сведения об истории жизни обследуемого и поэтому обладает особой клинической ценностью; зато в повседневной клинической практике AAP можно проводить и обсчитывать гораздо быстрее, что позволяет оперативно получать результаты для классификации привязанности взрослых. Тем, кто хочет работать с обоими этими методами, нужно пройти длительное обучение для надежного освоения специфических систем оценки результатов.

Если и AAI, и AAP можно проводить уже с подростками, то для обследования младших детей существует полуструктурированное интервью, так на-

зываемое «Интервью о привязанности для детей» (Child Attachment Interview, CAI, Target et al., 2003). По структуре и по своим вопросам оно является производным от «Интервью о привязанности для взрослых»; посредством CAI исследуются способности испытуемого к саморефлексии.

Для исследования репрезентации привязанности школьников существует «Методика игры в куклы с дополнением», которая может надежно применяться уже к детям детсадовского возраста. Для различных групп испытуемых были разработаны надежные процедуры, различающиеся по предложенным историям, которые дети должны были дополнить своими нарративами (Gloger-Tippelt & König, 2000; Gloger-Tippelt et al., 2002; George & Solomon, 1994; Bretherton et al., 1990a, 1997; Steele et al., 2002). Существуют разные системы оценки результатов, но все они предназначены для того, чтобы создать классификацию детей согласно их репрезентациям надежной и ненадежной привязанности.

Для дошкольного возраста предложена ситуация тестирования, производная от процедуры методики «Незнакомой ситуации»; она также предполагает расставание ребенка с человеком, к которому он привязан, и наблюдение за ребенком при воссоединении с матерью (Cassidy & Marvin, 1992; Greenberg & Marvin, 1982; Posada et al., in press).

Некоторые группы исследователей изучали также систему родительского ухода за ребенком (care-giving-system), которая дополняет систему ребенка, связанную с поиском привязанности. Как правило, благодаря этой системе у лиц, к которым ребенок испытывает привязанность, создается мотивация чутко реагировать на сигналы привязанности ребенка. В оптимальном случае система поиска привязанности у ребенка и система ухода за ребенком у людей, к которым ребенок испытывает привязанность, подходят друг к другу, как ключ к замку. Ведь чуткие действия этих людей при уходе за ребенком отвечают на сигналы привязанности ребенка, так что происходит взаимное усиление обеих этих систем и, тем самым, укрепление связи между ребенком и ухаживающим за ним взрослым (Marvin & Brittner, 1995; George & Solomon, 1989, 1999a, b; Solomon & George, 2000).

Привязанность между поколениями и на протяжении жизненного цикла

Ученых, занимающихся исследованиями привязанности, в последние годы больше всего интересовал вопрос о том, передается ли тип привязанности от поколения родителей к поколению детей (межпоколенческая перспектива), и если да, то каким образом, а также как паттерн привязанности продолжает развиваться на протяжении всей жизни – от детства до старости (лонгитюдная перспектива).

Вопрос межпоколенческой перспективы был прояснен в новаторском исследовании Мириам и Ховарда Стил. Ученые проводили в Лондоне «Интервью о привязанности для взрослых» с беременными женщинами в последней трети беременности и их мужьями (или гражданскими мужьями) (Fonagy et al.,

1991; Steele & Steele, 1994). Они с высокой степенью достоверности смогли предсказать, как будут выглядеть качества привязанности детей испытуемых в возрасте 1 года. С тех пор эти результаты были повторены во многих других исследованиях, причем уже даже на трех поколениях (Benoit & Parker, 1994; Radojevic, 1992). Многое говорит в пользу того, что паттерны привязанности передаются от родительского поколения к поколению детей, потому что в 70% случаев оказывалось, что существует соответствие между репрезентацией привязанности родителей и типом привязанности их детей (надежная, ненадежно-избегающая, ненадежно-амбивалентная). Это соответствие еще выше (75%), когда различия проводят только между такими категориями привязанности, как «надежная» и «ненадежная» (van IJzendoorn, 1995).

Виды привязанности детей в каждом случае оценивались отдельно для отношения к матери и отношения к отцу. Были получены абсолютно разные результаты, например, качество привязанности к матери было надежным, а к отцу ненадежным, или наоборот. Это означает, что дети выстраивают по отношению к своим отцам самостоятельную привязанность, которая может отличаться по типу от привязанности к матери. Правда, найденное совпадение между репрезентацией привязанности отцов и типом привязанности их детей было не таким высоким, как у матерей (van IJzendoorn & De Wolff, 1997).

Через родительскую репрезентацию привязанности тип детской привязанности можно было предсказать гораздо надежнее, чем только через родительскую чуткость, которая, в отличие от репрезентации, учитывается только на поведенческом уровне (Grossmann et al., 1988). Это означает, что ментальная структура родителей – их репрезентация в отношении привязанности – оказывает существенное влияние на качество привязанности их детей. Соответственно, влияние темперамента ребенка на формирование паттерна его привязанности можно оценить как менее сильное, чем это постулировал Фокс (Fox, 1995; Fox et al., 1995).

Во всем мире были проведены разнообразные лонгитюдные исследования по вопросу развития привязанности на протяжении всей жизни. Например, в Германии, в Билефельде и в Регенсбурге, они были посвящены развитию детей, родившихся нормально доношенными (Grossmann et al., 1993), а в Ульме моя рабочая группа проводила исследования развития привязанности младенцев, родившихся очень маленькими и недоношенными (Brisch et al., 1996).

Рождение очень маленького недоношенного ребенка для многих родителей может стать травматическим опытом. Формирование надежной привязанности ребенка – это защитный фактор, который делает ребенка более выносливым и способным лучше справляться с новыми нагрузками и стрессорами, а также не дает ему заболеть психически (Grossmann, 2003; Laucht, 2003). Это может иметь особое значение, если слишком раннее появление на свет сопряжено с осложнениями, рисками и лечением в неонатологическом отделении. В возрасте 14 месяцев (возраст с поправкой на ранние роды) у 60,3% очень маленьких преждевременно родившихся детей (N=79) отмечалась надеж-

ная, у 23,5% – ненадежно-избегающая, у 2,9% – ненадежно-амбивалентная и у 10,3% –дезорганизованная привязанность к матери; 2,9% недоношенных не удалось отнести ни к какому паттерну привязанности. В возрасте 6 лет лишь у 39,1% бывших недоношенных отмечалась надежная привязанность, у 47,8% была избегающая и у 13,0% –дезорганизованная привязанность к матери. Характерно, что неонатальные факторы риска коррелировали с развитием привязанности и были валидными показателями для предсказания особенностей неврологического развития.

Результаты, полученные в этом исследовании, подтвердили гипотезу о том, что развитие привязанности очень маленьких, преждевременно родившихся детей соответствовало их неврологическому развитию. Это означает, что у детей с функциональным неврологическим нарушением была, скорее, ненадежная или дезорганизованная привязанность, а у детей с нормальным неврологическим развитием, напротив, чаще была стабильная привязанность, независимо от статуса привязанности их матерей.

Результаты этой работы показывают, что преждевременные роды как таковые, даже когда рождаются очень маленькие недоношенные дети, *сами по себе не обязательно приводят* к развитию ненадежной привязанности. Правда, оказалось, что неврологическое развитие недоношенных является особо существенным фактором риска, так как с неврологической инвалидностью часто связана ненадежная привязанность. Прежде всего на материале пери- и постнатальной гипогликемии и перивентрикулярной лейкомалации удалось впервые идентифицировать их взаимосвязь с развитием дезорганизованной привязанности. Недоношенные дети вообще подвержены кумулятивному риску нарушения двигательного, когнитивного и эмоционального развития, но этот риск нельзя напрямую связывать с самим фактом преждевременных родов (Brisch et al., 2000; Schmücker et al., 2000; Brisch, 2005, 2006, 2008).

В отличие от хода развития привязанности у недоношенных детей исследования здоровых детей, родившихся доношенными, показали, что качество привязанности у них начиная с двенадцатого месяца и до пятого года жизни относительно стабильно.

Дети с различными видами привязанности отличаются и по своему поведению. Уже в детсадовском возрасте дети с надежной привязанностью чаще находят просоциальные решения в конфликтных ситуациях (Suess et al., 1992). На шестом году жизни они реагируют на предъявленные картинки, на которых изображены сцены с расставанием, выдвигая предложения по разрешению ситуации, основанные на привязанности. Дети, избегающие привязанности, напротив, не говорят о своих аффектах, важных для привязанности, или их настолько захватывают чувства, что им бывает трудно находить соответствующие решения для представленных на картинках ситуаций расставания (Geiger, 1991).

Примерно в 80% случаев отмечалось соответствие между типом привязанности в возрасте 12 месяцев и поведением привязанности в возрасте 6 лет

(Main & Cassidy, 1988; Wartner et al., 1994), что говорит о высокой стабильности конструкта привязанности.

При последующем обследовании в возрасте 10 лет также прослеживалась определенная непрерывность в развитии привязанности. Дети, у матерей которых была репрезентация надежной привязанности и которые в возрасте 12 месяцев характеризовались надежной привязанностью, сообщали о большей привязанности в ситуациях, сопряженных с серьезной эмоциональной нагрузкой, а также при решении повседневных проблем, по сравнению с детьми с ненадежной привязанностью. Они также в большей степени исходили из того, что в случае затруднений смогут рассчитывать на родительскую поддержку и воспользоваться ею. Они более реалистично оценивали дружеские отношения, и у них было меньше конфликтов с ровесниками. Особенно бросалось в глаза, что дети, в возрасте одного года обладавшие ненадежно-избегающей привязанностью, реже говорили об отрицательных чувствах, а в интервью были весьма сдержанными в проявлении чувств, когда затрагивались эмоционально значимые темы (Scheuerer-Englisch, 1989). И в десятилетнем возрасте также были обнаружены характерные взаимосвязи между чуткостью матерей в первый год жизни ребенка и поддерживающей позицией матерей по отношению к своим повзрослевшим детям.

Были проведены лонгитюдные исследования, в которых детей вплоть до подросткового возраста обследовали на предмет стабильности типа их привязанности (Zimmermann et al., 1995). Хотя и не было выявлено стабильного соответствия между типом привязанности в первый год жизни и репрезентацией привязанности на 16-м году жизни, но были установлены взаимосвязи на уровне репрезентаций привязанности: матери 16-летних подростков с репрезентацией надежной привязанности гораздо чаще также имели репрезентацию надежной привязанности. Аналогичные взаимосвязи были установлены и у подростков с репрезентацией ненадежной привязанности.

Карин Гроссманн (Grossmann, 1997; Grossmann & Fremmer-Bombik, 1997) наблюдала, как отцы вместе со своими двухлетними детьми решали игровую задачу. Она выявила, что существует взаимосвязь между конструктивным чутким игровым поведением, оставлявшим ребенку пространство и время для проявления собственной инициативы, поддерживавшим его устремления и – в случае необходимости – дававшим эмоциональную поддержку и помощь в изготовлении поделок, и репрезентацией надежной привязанности этих детей на 16-м году жизни. И наоборот, не было обнаружено взаимосвязи между репрезентацией привязанности у подростков и качеством привязанности к отцу, когда этим детям был 1 год. Гроссманн ставит на обсуждение вопрос о том, имеет ли чуткость отцов в игровом взаимодействии, то есть в поощрении системы исследовательской деятельности, большее значение для развития надежной привязанности, чем их чуткость во взаимодействии при уходе за ребенком. Видимо, необходимо провести новое исследование, чтобы проверить, можно ли сегодня установить такие взаимосвязи (потому что отцы

сейчас больше, чем в прежние годы, участвуют в уходе за своими младенцами), или же отцы действительно через совершенно другой подход – через чуткую игру – вносят свой вклад в развитие привязанности своих детей. Такая проверка проводится в ходе текущего лонгитюдного исследования в рамках профилактического проекта SAFE® – Программы надежности для родителей, Brisch, 2007b).

Результаты вышеупомянутых лонгитюдных исследований показывают, что репрезентация надежной привязанности родителей связана со способностью чутко реагировать на сигналы младенца. У чутких матерей, а также отцов, чаще встречается репрезентация надежной привязанности. Репрезентация надежной привязанности матери или отца, в свою очередь, с большой вероятностью связана с надежной привязанностью ребенка; точно так же чаще существует взаимосвязь между ненадежной привязанностью матери или отца и ненадежной привязанностью ребенка.

В общем и целом это означает, что существуют взаимосвязи между видом репрезентации привязанности родителей, их наблюдаемым поведением при уходе за ребенком и интеракционным поведением, а также развитием вида привязанности их детей (Grossmann et al., 1988).

С первого года жизни и до юношеского возраста можно обнаружить как устойчивость, так и изменчивость в развитии привязанности на поведенческом уровне, а также на уровне репрезентации. Привязанность на первом году жизни не определяет однозначно бесповоротно ход дальнейшего развития привязанности и не позволяет сделать абсолютно точного предсказания. Очевидно, что на нее в гораздо большей степени влияют другие факторы, как показывают представленные далее результаты исследований о факторах защиты и факторах риска (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997).

Значение факторов защиты и факторов риска

Можно предположить, что на развитии привязанности позитивно или негативно сказываются и другие, причем самые разные внешние или внутренние, факторы воздействия, потому что межпоколенческие исследования не дают полной предсказуемости паттерна привязанности в следующем поколении. Мы не можем исходить из линейной зависимости, а, скорее, должны придерживаться мультикаузальной, циркулярной или трансакциональной модели.

Обсуждается возможность того, что, кроме чуткости, за развитие ребенка отвечают как интеракционные факторы (к ним относятся синхронность, взаимность, реципрокность, ритмичность, тонкое согласование эмоционального обмена во взаимодействии между матерью и ребенком), так и соматические и социальные факторы (Esser et al., 1995, 1996; Laucht et al., 1998). Причем социоэмоциональное развитие привязанности определенного типа – это лишь один, хотя и важный, аспект из всего спектра развития детско-родительских отношений.

Лонгитюдные исследования привязанности позволяют сделать следующий вывод: важные жизненные события, такие как развод, переезд, болезнь или смерть одного из родителей, могут трансформировать качество привязанности из надежной (какой она еще была на первом году жизни) в ненадежную, их можно рассматривать, скорее, как факторы риска (Becker-Stoll et al., 1997). В исследовании, проведенном Петером Циммерманном с соавт. (Zimmermann et al., 1995), у подростков, у которых ранее, в возрасте 1 года, изначально была диагностирована надежная привязанность, при повторном обследовании чаще обнаруживали репрезентацию ненадежной привязанности, если они пережили развод родителей.

Лиотти (Liotti, 1992), который занимается взаимосвязями между дезорганизованным/дезориентированным поведением и диссоциативными симптомами, обследовал пациентов с диссоциативным расстройством. У 62% пациентов с диссоциативной симптоматикой он обнаружил, что их матери через 2 или 4 года после рождения пациента потеряли значимого для себя человека. Только 13% пациентов без диссоциативных симптомов сообщали об аналогичной потере.

Значимость таких событий для ребенка, в свою очередь, в большой степени будет зависить от того, насколько вторичные или третичные значимые лица смогут взять на себя эмоциональные нагрузки, связанные с критическими событиями жизни, поддержать ребенка и помочь ему справиться с трудностями. Авторы исследований эмоциональной стабильности и стрессоустойчивости детей (resilience) единодушно приходят к такому выводу: наличие хотя бы *одного* значимого лица, к которому ребенок может обратиться, представляет собой защитный фактор, который может предотвратить декомпенсацию ребенка в стрессовых условиях и развитие у него симптомов в дальнейшем. В этом случае он, несмотря на стрессовую нагрузку, скорее сможет остаться здоровым в психическом плане (Tress, 1986; Werner, 1990).

В обширном исследовании американского Национального института детского здоровья и развития (National Institute of Child Health and Development, NICHD, 1994, 1996) изучалось развитие детей в различных ситуациях и в учреждениях, где о них заботились посторонние люди. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в раннем детском возрасте качество ухода посторонних людей за ребенком может сказаться на качестве привязанности. У младенцев, которые растут у матери с ненадежной привязанностью, повышается риск развития ненадежной привязанности; это происходит, например, если няня, которая сидит с ребенком в течение дня, или воспитательница в яслях нечутко относится к ребенку, если за ним по многу часов в день присматривают посторонние и, кроме того, если довольно часто меняются условия пребывания ребенка и сами детские учреждения. Однако если мать в отношениях с ребенком в основном проявляет чуткость и учитывает его потребности, то вышеописанные факторы плохого качества ухода за ребенком со стороны посторонних лиц сказываются не так сильно. Таким об-

разом, отношения надежной привязанности к матери выполняют определенную защитную функцию.

Фридман и Бойль (Friedmann & Boyle, 2009, S. 123) так описывают значение исследований привязанности: «Как отмечают Макэлвэйн, Кокс, Берчинал и Макфи (McElwain, Cox, Burchinal & Macfie, 2003), научные исследования привязанности дают хотя и скромное, но относительно единодушное подтверждение того тезиса, что надежные отношения между матерью и ребенком связаны с позитивным развитием ребенка. Правда, эти авторы указывают и на то, что литература не дает основания для выводов о различных предвестниках и последствиях ненадежно-избегающих и ненадежно-амбивалентных отношений привязанности, которые нередко высказываются специалистами в области теории привязанности. Поэтому они решили выяснить, как паттерны избегающей и амбивалентной привязанности, определенные у 15-месячных детей, связаны с более поздним, в возрасте 36 месяцев, игровым взаимодействием тех же детей с товарищами одного с ними пола. Упомянутые авторы установили, что «ранняя избегающая привязанность» вела к большей агрессии при социальном взаимодействии детей с их товарищами, а «ранняя амбивалентная привязанность» – к снижению степени самоконтроля и способности настоять на своем в отношениях с ровесниками. Уровень материнской чувствительности и связанного с ней качества привязанности позволял делать однозначные предсказания относительно социального развития детей в возрасте 36 месяцев. Но и точность предсказаний на основе только качества привязанности детей в возрасте 15 месяцев оставалась на уровне статистической значимости».

Через несколько страниц в той же книге Фридмана и Бойля в разделе о научном исследовании, проведенном Национальном институтом детского здоровья и развития (NICHD, 2006; ср.: Friedman & Boyle, 2009, S. 134 и далее), говорится: «Если качество заботы со стороны матери *улучшалось* с течением времени, то дети с изначально ненадежной привязанностью в школьном возрасте демонстрировали меньшие масштабы внешней поведенческой активности (о которой сообщали учителя), чем дети с ненадежной привязанностью, у которых качество заботы оставалось прежним или даже ухудшалось. Если качество материнской заботы с течением времени *ухудшалось,* дети с ненадежной ранней привязанностью демонстрировали бо́льшие масштабы внешней поведенческой активности (о которой сообщали учителя), по сравнению с детьми с ненадежной привязанностью, качество заботы о которых с течением времени улучшалось. У детей с надежной ранней привязанностью к матери уменьшение качества заботы не сопровождалось усилением внешней поведенческой активности в школе. Эти результаты очень важны для выбора клинически показанных интервенций».

В упомянутом исследовании ожидалось получить ответы на следующий вопрос: способствует ли чуткий стабильный уход, осуществляемый посторонними лицами, развитию надежной привязанности у детей со скорее ненадеж-

ной привязанностью к их первичным значимым лицам в семьях с психосоциальными проблемами. Правда, в этой группе риска ожидаемый защитный эффект влияния качественного ухода со стороны приходящих лиц на развитие привязанности удалось подтвердить лишь частично. Оценка с учетом половых различий показала, что при развитии паттерна привязанности мальчики были более чувствительны к стрессовым факторам, чем девочки. Даллэр и Вайнтрауб (Dallaire & Weintraub, 2007) выясняли, какую роль играет надежность ранней привязанности как защитный фактор, который мог бы уберечь первоклассников от развития страхов и агрессивных форм поведения. Выяснилось, что надежная привязанность детей в возрасте 15 месяцев смягчала воздействия отрицательных жизненных событий в семье, а потом, когда этим детям было 54 месяца, защищала их от симптомов страха, но не от агрессивности. Дети, которые в возрасте 15 месяцев имели ненадежную привязанность и пережили много страданий и стрессовых жизненных событий, став первоклассниками, проявляли больше симптомов страха, чем дети с надежной привязанностью и аналогичным стрессовым опытом (см.: Friedman & Boyle, 2009, S. 135).

Фридман и Бойль (Friedman & Boyle, 2009, S. 139) пишут: «Большинство вышеприведенных результатов относится к развитию детей в дошкольные годы, а некоторые охватывают и ранние школьные годы. Однако в исследовании NICHD было прослежено развитие той же когорты до 15-летнего возраста, а большое количество тех же самых ситуационных и важных для развития данных отслеживалось и учитывалось и в более поздний период. Кроме того, группа ученых, проводивших исследование NICHD под руководством Кэтрин Бут-ЛаФорс из Вашингтонского университета, занимается именно сбором важных для изучения привязанности данных об участниках этого исследования, которые теперь достигли уже старшего подросткового возраста. Это позволяет ставить новые вопросы и перепроверять гипотезы о том, при каких обстоятельствах появляется взаимосвязь между младенческими и ранними типами привязанности и социальными отношениями с родителями, учителями и сверстниками в среднем детстве и вплоть до подросткового возраста. Это позволяет также проверять гипотезы о том, как достигается взаимосвязь между ранней привязанностью ребенка и матери и когнитивным развитием подрастающих детей, а также их успехами в школе. Объем и обоснование данных о семейном и школьном окружении этих детей, а также лонгитюдный характер исследования побуждают заняться изучением взаимосвязей между развитием ситуационных привязанностей и ходом развития детей, а также проработать вопрос о том, какая роль отводится типу привязанности ребенка и матери на фоне паттерна изменений в социальном окружении детей и в их дальнейшем развитии».

Знания о привязанности ребенка и матери, полученные в результате научных исследований, были обогащены результатами исследования, проведенного NICHD. До этого многие эксперты в области привязанности сходились

во мнении, что если посторонние люди ухаживают за детьми на протяжении более чем 20 часов в неделю, то уже в течение первого года жизни у таких детей повышается вероятность возникновения ненадежной привязанности (Hayes et al., 1990, S. 57); однако результаты исследования NICHD наглядно показали, что уход за ребенком, осуществляемый посторонними лицами в первые 15 месяцев, сам по себе не дает основания для прогноза о формировании ненадежной привязанности. Ньюкомб (Newcombe, 2007) вообще считает этот вывод одним из самых впечатляющих уроков исследования, проведенного NICHD, так как это бросает вызов теории привязанности (Friedman & Boyle, 2009, S. 142).

Многое из этих результатов свидетельствует в пользу того, что развитие надежной (или ненадежной) привязанности происходит во взаимодействии со многими факторами, которые могут оказывать различное влияние и модифицировать опыт, полученный ребенком в ранних отношениях привязанности с матерью (подробный обзор результатов исследования NICHD представлен: Friedman & Boyle, 2008, 2009).

На основании полученных результатов исследователи приходят к выводу, что превентивные меры в каждом случае должны фокусироваться на изменении факторов материнского влияния (так как они оказались прогностичными для развития привязанности), а не только на улучшении качества ухода за ребенком со стороны посторонних лиц, которое, несомненно, желательно и необходимо. Бриш (Brisch, 2009) рассматривает условия, обеспечивающие высокое качество ухода за детьми в возрасте от 0 до 3 лет посторонними лицами.

Основанные на привязанности семейный уход и воспитание детей

Подход к организации групп для детей в возрасте до 3 лет. У детей должна быть возможность в течение первого года жизни выработать надежную эмоциональную привязанность к главному человеку, на которого эта привязанность направлена. Предпочтительно, чтобы это была родная мать, няня или приемная мать. Расставаться на довольно длительный срок и отдавать ребенка в детские дошкольные учреждения, например в ясли, следует только тогда, когда ребенок в конце первого и в начале второго года жизни сформировал эмоционально стабильную, надежную привязанность к главному человеку, на которого эта привязанность направлена. В течение первого года жизни развиваются также стабильные репрезентанты объектов и самости. Это означает следующее: ребенок формирует внутренний образ человека, к которому он испытывает привязанность, и может активировать этот внутренний образ, если ему нужно выдержать расставание с ним. Тогда на основе отношений надежной привязанности к человеку, на которого эта привязанность направлена, ребенок в конце первого и на втором году жизни легче сможет построить еще одни, вторичные отношения привязанности с новым человеком (это может быть и несколько человек), например с воспитательницей в яслях. Если младенца отдают в ясли уже через несколько недель после рождения и воспи-

тательница обращается с ним – в соответствии со всеми критериями развития эмоциональной привязанности – очень чутко, то с большой вероятностью она станет основным человеком, к которому малыш привяжется. Если воспитательницу в яслях подменяет другая, или если она уходит в отпуск, или если подросший ребенок переходит в другую группу, причем без соблюдения соответствующих стадий привыкания, расставания и прощания, то ребенок в раннем возрасте теряет главного для него человека, к которому он испытывает привязанность (см.: Bowlby R., 2009). Если личность, к которой ребенок привязался, сама травматизирована и не проработала свой травматический опыт, существует большая опасность, что ребенок сформирует дезорганизованную привязанность к этой воспитательнице или у него будет нарушение привязанности, прежде всего, в случае столкновения с насилием или эмоциональной депривацией. Чтобы воспитательница в яслях смогла стать желательным и предпочитаемым лицом, к которому ребенок будет испытывать привязанность, и тем самым обеспечить ему еще один ресурс привязанности, она должна соответствовать всем требованиям, предъявляемым к хорошему специалисту по уходу за ребенком. А это означает, что у нее самой должна быть, по возможности, надежная привязанность, она должна быть эмоционально доступной и чуткой, быстро реагировать на сигналы ребенка.

Кроме того, качество ухода в яслях играет большую роль в формировании надежной привязанности к воспитательнице. При уходе за ребенком до 3 лет соотношение должно быть, по возможности, 1:2 или 1:3, то есть когда одна воспитательница ухаживает не более чем за 2–3 младенцами, а оптимально даже за одним. Во время привыкания должна быть постоянная воспитательница, этот период нужно долго планировать, и он не должен быть очень коротким. У воспитательниц не должно быть непроработанных травматизаций, и они должны получить возможность самопознания в индивидуальных и групповых сеттингах; кроме того, для них должна быть организована регулярная внешняя супервизия их работы. Для детей с факторами риска в семейной ситуации – с эмоциональной и/или материальной бедностью – в первую очередь должны предоставляться места в яслях высшего качества. При низких доходах родителей с них не должна взиматься плата за место в яслях. Сейчас профилактическая программа SAFE® (Программа надежности для родителей) в рамках проекта SAFE-Spezial Fremdbetreuung (Специальная программа по уходу за детьми посторонними лицами) проводится также с воспитателями в яслях; они, а также родители детей, посещающих ясли, проходят обучение, цель которого – выработать у воспитательницы в яслях и у родителей основу для надежной привязанности к ребенку.

Подход к организации групп для детей 3–6 лет (детсадовский возраст). Здесь также требуется соответствующая длительная стадия привыкания в присутствии основного лица, с которым у ребенка установились отношения. Высокое качество ухода за ребенком должно, в зависимости от возрастной группы, характеризоваться максимальным соотношением 1:6–1:8,

то есть 6–8 детей на одну воспитательницу. Воспитательницам в детском саду также нужна высокая степень внутреннего эмоционального присутствия, участия и чуткости к сигналам их воспитанников. По возможности следует обеспечить, чтобы у детей были постоянные воспитательницы. Следует избегать неожиданных расставаний и прощаний. Непроработанную травматизацию воспитательниц нужно по возможности проработать с помощью самопознания в индивидуальных и групповых сеттингах, а регулярная внешняя супервизия должна облегчить работу и поддержать воспитательниц.

Детям с факторами риска в семье (с эмоциональной и/или материальной бедностью) также должны предоставляться места в детском саду высшего качества, а количество детей, приходящихся на одного воспитателя, должно быть еще меньше. Для детей, у которых еще в детсадовском возрасте при приеме в детское учреждение проявляются признаки нарушения привязанности, обязательно должна предлагаться детская психотерапия, проводящаяся во время их нахождения в детском саду. При низких доходах родителей с них также не должна взиматься плата за пребывание детей в детском саду (Brisch, 2008; см. также: Horacek et al., 2008).

Еще в одном исследовании, посвященном значению защитных факторов и факторов риска, связанных с привязанностью и развитием, разбирался вопрос, влияет ли работа матери на надежность привязанности (Barglow et al., 1988). Хотя количество детей с ненадежной привязанностью к матери у работающих матерей было существенно больше, чем у неработающих, все же у более 50% детей работающих матерей была надежная привязанность. Однако эти результаты невозможно интерпретировать без знания системы ухода за детьми, а также репрезентации привязанности матери и качества партнерства; их ни в коем случае нельзя понимать таким образом, что, если мать работает, то это ведет к ненадежной привязанности.

Хедервари (Hédervári, 1995) изучала страх перед разлукой у работающих и у неработающих матерей. В ее исследовании была выявлена статистическая взаимосвязь между ярко выраженным «общим страхом разлуки» у матерей (как у работающих, так и у неработающих) и ненадежной привязанностью детей. Этот результат позволяет предположить, что боязнь матерей в ситуациях расставания и разлуки влияет на их поведение с ребенком и тем самым может сильнее повлиять на развитие паттерна привязанности ребенка, чем фактор их «трудовой деятельности».

В общем и целом обнаруживается четкое указание на трансакциональный процесс в развитии репрезентации привязанности. При этом определенную роль играют, с одной стороны, особенности самого младенца (например, возбудимость и особенности темперамента), которые могут быть детерминированы биологически (Sroufe, 1985). С другой стороны, большое значение имеют факторы, привнесенные родителями, например их собственная репрезентация привязанности, а также связанные с этим способности.

Факторы, оказывающие влияние на социальном уровне, такие как, например, домашняя обстановка, окружение, партнерство и вся сеть поддерживающих отношений родителей, нуждаются в более подробном изучении. Только так мы сможем еще точнее учесть защитные факторы и факторы риска во взаимовлиянии интрапсихического, поведенческого и интеракционного уровней, а также условия социального контекста (см. также: Rutter, 1978; Friedman & Boyle, 2009).

Привязанность и разлука в других психотерапевтических школах

Теоретические рассуждения о важности привязанности и расставания были известны и до того, как Боулби сформулировал теорию привязанности. У большинства психотерапевтических школ есть собственные концептуальные представления о важности привязанности и расставания. Рассмотрим, что говорят об этом некоторые психоаналитические теории, а затем в обобщенном виде – другие психологические теории.

Психодинамические модели

Психоанализ ЗИГМУНДА ФРЕЙДА, в основе которого лежит теории влечений, объясняет возникновение привязанности между матерью и младенцем удовлетворением оральных и эмоциональных потребностей младенца, когда мать кормит его грудью. Правда, Фрейд не приводит подробных данных о том, должна ли мать чутко удовлетворять оральные потребности младенца, или для создания привязанности достаточно простого удовлетворения оральных потребностей через предоставление питания и оральную стимуляцию. Таким образом, интеракционное качество кормления грудью отходит на второй план, уступая место либидинозному оральному удовлетворению (Freud, 1905, S. 123; 1916/1917, S. 126).

Значение потери и расставания Фрейд изложил в своем новаторском произведении «Печаль и меланхолия» (Freud, 1916). Фрейд считает, что, с психодинамической точки зрения, стадия горя от потери любимого человека с обязательной психической работой печали обусловлена тем, что наша эмоциональная связь с любимым и выросшая из нее интрапсихическая, эмоционально окрашенная энергетическая нагруженность образа этого человека должны быть постепенно отведены от него, чтобы после его потери мы действительно могли психически отделиться и тем самым эмоционально оторваться от него.

В работе «Торможение, симптом и тревога» (Freud, 1926) Фрейд объясняет страх расставания, который ребенок испытывает при угрозе реальной потери матери или при воображаемой разлуке с ней. Он высказывает предположение, что ребенок начинает испытывать тревогу, представляя себе, что его «напряжение, связанное с удовлетворением потребностей», в отсутствии матери сильно возрастет и что из-за страха не получить удовлетворение он может оказаться в «бессильном», «обморочном» состоянии.

АННА ФРЕЙД (Freud A., 1958/1960) писала, что «принцип удовольствия управляет всеми психическими процессами незрелой и недостаточно структурированной личности, в том числе, конечно, и привязанностью к матери» (S. 1779). С ее точки зрения, привязанность младенца к матери возникает в результате «влияния ухаживающего поведения матери на его душевную жизнь, то есть на переживания удовольствия и неудовольствия, связанные с первичными инстинктивными реакциями и образующие их психический репрезентант» (S. 1774). Она исходит из «первичных отношений с матерью по опорному типу», «то есть такой стадии, на которой ощущения, вызывающие удовольствие и связанные с удовлетворением важных потребностей тела, приводят либидо к эмоционально окрашенной энергетической наполненности какого-либо человека во внешнем мире» (S. 1779).

Что касается переживания «боли разлуки» у ребенка, то Анна Фрейд предполагает, что эмоциональная энергетическая наполненность и аффективное значение матери должны достичь «константности объекта», а ребенок должен был стать до некоторой степени независимым от непосредственного удовлетворения потребностей. При высокой степени либидинозной значимости матери для малыша расставание с ней переживается как доставляющее крайнее неудовольствие и приводит к сильной тоске. При довольно продолжительной разлуке явственнее становится агрессивная сторона, которая в виде амбивалентности присутствует в любых отношениях. Происходит отвод эмоциональной энергетической наполненности и даже регрессия с ментально-символического уровня на уровень телесных потребностей.

Удивительно, что, несмотря на основополагающую раннюю работу Зигмунда Фрейда, теоретическое осмысление тематики расставания, разлуки, потери, печали и горя отошло, скорее, на второй план, по сравнению со значением сексуальности в его психоаналитическом учении.

Анне Фрейд удалось провести широкомасштабные наблюдения за последствиями потери родителей и сепарации в первые годы жизни детей, которые осиротели и стали бездомными во время войны. В очень подробных отчетах она – вместе с Дороти Берлингем – описала реакции этих детей на расставание, в том числе и со значимыми лицами, заменившими им мать[18]. Анна Фрейд объясняла наблюдаемые реакции детей в рамках популярной психоаналитической теории влечений и отвергала подход Боулби, основанный на теории привязанности (Freud A., 1980a, b; Freud A. & Burlingham, 1982).

РЕНЕ ШПИЦ (Spitz, 1957) также исходил из того, что младенец после рождения проходит некий «безобъектный период» и живет на стадии психической недифференцированности, на которой он не способен ощущать собственное тело отделенным от окружающей среды. Более того, «кормящая грудь» воспринимается младенцем как часть его самого (S. 20 и далее).

Шпиц описывает «анаклитический выбор объекта (по опорному типу)» ребенком: младенец привязывается, как это было постулировано З. Фрейдом, к тому человеку, который его кормит, защищает и проявляет материнскую за-

боту о нем. Привязанность ребенка к матери возникает за счет формирования психического постоянства либидинозного объекта, которого младенец достигает в возрасте 8 месяцев. К этому моменту мать становится для младенца предпочитаемым объектом удовлетворения его либидинозного влечения.

Первым из психоаналитиков Шпиц еще в 1935 году провел большую работу по непосредственному наблюдению за младенцами, впервые систематически ведя кинорегистрацию, на основании материалов которой потом делались выводы. Его революционные исследования, посвященные влиянию продолжительной разлуки младенца с матерью в приютах («полное лишение аффективной подпитки») со всеми негативными последствиями для двигательного, когнитивного и эмоционального развития этих детей, были подытожены в описании таких феноменов, как «госпитализм» и «анаклитическая депрессия». Шпиц показал, что значительные задержки в развитии этих детей вплоть до полного телесного и психического распада («маразма») могли частично нивелироваться после возвращения матери, если разлука длилась не дольше 5 месяцев, а отношения «мать–дитя» *до* разлуки были удовлетворительными. Результаты исследования, посвященного оценке эффектов продолжительной разлуки матери и младенца, а также последствий «психической голодной смерти» младенца при отсутствии эмоционально окрашенной заботы матери, были новаторским достижением. Они коренным образом изменили принципы ухода за младенцами и воспитания детей в приютах и детских домах во многих странах мира вплоть до сегодняшнего дня (Spitz, 1967).

ДОНАЛЬД В. ВИННИКОТТ, детский врач и психоаналитик, один из основателей теории объектных отношений, на основании многих своих наблюдений за матерьми с детьми разработал диадический интеракционнный подход к отношениям «мать–дитя». В теории объектных отношений постулированная Фрейдом динамика влечений всегда рассматривается в отношении человеческого визави, «объекта». Винникотт приписывал отношениям важную роль, однако не отказывался от теории влечений. Он указал на то, что наблюдение за младенцем без прямого или опосредованного наблюдения за матерью невозможно, потому что самого по себе младенца без матери не бывает (Winnicott, 1976b). Винникотт выдвинул тезис о том, что у младенца для оптимального развития чувства собственной значимости нет другой возможности, как только быть эмоционально отражаемым матерью. Для установления связи считаются необходимыми достаточно хорошая материнская забота (Winnicott, 1976a) и поддерживающая функция матери, которые понимаются как в реальном, так и в интрапсихическом аспекте. Опираясь на свой опыт работы детским врачом, Винникотт подчеркивал, что именно условия окружения могут или способствовать, или препятствовать развитию отношений «мать–дитя» (Winnicott, 1974).

Именно Винникотту мы обязаны появлением понятий «переходный объект» и «переходный феномен» (Winnicott, 1976b). В свое время он наблюдал, что дети в ситуациях, в которых им приходилось расставаться с матерью, бра-

ли с собой такие предметы, как мягкие игрушки или любимые одеяла, и прижимали их к себе. Подобное поведение он объяснял тем, что эти предпочитаемые объекты выступали в роли «переходных объектов» и символически представляли отсутствующую мать. Тем самым переходный объект служил «переходу» от конкретной осязаемой мягкой игрушки к ее символизации. Таким способом ребенку удавалось интрапсихически проработать разлуку и с помощью символизации «перекинуть мостик» для «перехода» от состояния совместного пребывания с матерью к состоянию разобщенности с ней[19].

По мнению ЭДИТ ЯКОБСОН (Jacobson, 1978), представителя психологии самости, развитие привязанности осуществляется на основе формирования интегрированных репрезентантов самости и объекта в психике младенца и маленького ребенка. В ходе своего раннего развития благодаря разнообразным переживаниям социального взаимодействия с матерью младенец должен сам образовать стабильный, воспроизводимый, доступный репрезентант самости. Дополнительно он должен сформировать стабильную объектную репрезентацию своего самого важного референтного лица; он должен иметь возможность в любое время психически активировать, вызывать этот репрезентант и эмоционально наполнять его соответствующим образом. Так возникают стабильные эмоциональные отношения.

В этом случае младенец больше не зависит от реального присутствия матери. Он уже интернализировал ее как объектную репрезентацию и потому может расстаться с ней. Однако во время разлуки мать как воображаемый объект для него интрапсихически не теряется, а остается досягаемой благодаря ее объектной репрезентации. Способность к формированию такой объектной репрезентации позволяет младенцу выдержать страх разлуки и потери. В отсутствии константности объекта появляется страх потери. Интрапсихически младенец полностью теряет мать, как только он перестает ее реально видеть. Позднее, когда у маленького ребенка уже есть зачатки константности объекта, в ситуациях расставания появляется так называемый страх разлуки. Ребенок опасается, что не сможет выдержать продолжительной разлуки с матерью без довольно сильной тревоги, потому что константность внутреннего объекта может сохраняться лишь непродолжительное время. Правда, в течение нескольких минут младенец уже может выдерживать разлуку. С ростом константности объекта время расставания может быть соответственно продлено, и при этом внутренний образ матери не разрушается, а ребенка не охватывает страх разлуки.

Согласно теории МАРГАРЕТ МАЛЕР (Mahler et al., 1978), младенец сразу после рождения сначала живет в аутистичном мире, пока затем не возникнет тесный симбиоз между младенцем и матерью. На этой стадии младенец находится в психическом слиянии с матерью без интрапсихического размежевания[20]. Малер считает, что младенец выходит из этого начального симбиоза и отодвигается все дальше от матери в процессе сепарации/индивидуации. В это время

он несчетное число раз пробует отделиться и оторваться от матери, а также снова сблизиться с ней. Причем при расставании с матерью, которого ребенок ищет все больше и больше, ему приходится выдерживать эмоциональные кризисы с явным амбивалентным напряжением между желаниями автономии и близости с матерью, с одной стороны, и зависимостью от нее, с другой стороны, пока он в возрасте примерно 2–3 лет не сможет более явно психически оторваться от матери, а также пространственно отдалиться от нее, чтобы исследовать окружающий мир. Эту стадию Малер описывает так же, как «кризис нового воссоединения»[21]. Сильное впечатление производит данное Малер описание того, как младенец в случае опасности или при еще нестабильной внутренней константности объекта вынужден на короткие мгновенья возвращаться к матери, чтобы «эмоционально подзарядиться» от нее. В снятых Малер документальных фильмах хорошо видно такое поведение детей.

На этом пути высвобождения из изначально симбиотически тесных отношений между матерью и младенцем, связанных с интрапсихическим развитием для обретения индивидуации и идентичности, могут происходить фиксации и нарушения.

МЕЛАНИ КЛЯЙН (Melanie Klein, 1983b) в своих теоретических работах уделяла большое внимание раннедетским фантазиям, причем особое место она отводила значению агрессии, влечению к смерти, а также проективным и идентификационным процессам, происходящим между младенцем и матерью. Согласно этой теории, отношения между матерью и ребенком с самого начала осложняются тем, что младенца одолевают многочисленные агрессивно-деструктивные фантазии, с которыми он может справиться только с помощью важных психических процессов расщепления. Они характеризуются, например, тем, что младенец в своей фантазии считает мать, удовлетворяющую его потребности, «доброй матерью», а мать, отказывающую ему и устанавливающую границы, напротив, «злой матерью», как если бы реальная мать интрапсихически была разделена на различные «материнские аспекты». Эту стадию Кляйн описывает как «параноидно-шизоидную позицию». И только когда младенец, благодаря психическому созреванию, становится способным отказаться от этих процессов расщепления и в так называемой «депрессивной позиции» интегрировать образы доброй и злой матери, так называемые частичные объекты, в единый образ матери, он может более явно отмежеваться от нее и стать более независимым. Теперь он может начать отделяться от нее.

Например, если младенец чувствует себя фрустрированным матерью в удовлетворении своих потребностей, он приходит в ярость. Связанные с этим фантазии могут выражать крайнюю агрессивность, причем в такой степени, что ребенок будет чувствовать себя внутренне отделенным от матери и испытывать страх. Еще он боится разрушить своими агрессивными фантазиями интегрированный репрезентант матери, состоящий из добрых и злых частей, и из-за этого потерять ее. Однако благодаря своей усиливающейся способности переживать чувство любви к доброй части матери он теперь может

восстанавливать эти чуства символически и сохранять их интрапсихически. Таким способом ребенку удается преодолеть свой страх, печаль, чувства отчаяния и безнадежности, связанные с фантазиями о потере доброй матери (поэтому-то и было выбрано название «депрессивная позиция»).

Этот процесс подкрепляется растущей способностью младенца к символизации своей матери. Интерес к окружающему миру растет, когда ребенок на пике «оральной амбивалентности» в своих фантазиях хотел бы и проникнуть в мать, и съесть добрую мать, разрушив ее таким образом. Из этих фантазий вырастает страх, поэтому интерес ребенка постепенно переключается со все более символизируемой матери на весь окружающий мир (Klein, 1983c; Segal, 1983, S. 20) [22].

МЕЛАНИ КЛЯЙН и УИЛФРЕД БИОН заявляли, что решающая роль в успехе такого развития принадлежит матери, так как она должна интрапсихически принять спроецированные на нее агрессивные аффекты младенца, понять их и снова сообщить ему об этом вербально и невербально с помощью чуткого поведения в приемлемой и дозированной форме в соответствии с его возрастом. Такую способность матери Бион описывает как функцию «контейнирования» (containment) (Bion, 1962).

МИКАЭЛ БАЛИНТ продолжил развитие теории объектных отношений: создал теорию «базового дефекта», точнее недостатка (basic fault), – психического расстройства, появившегося в период предвербальных объектных отношений, а также сформулировал понятие терапевтического «нового начала» (Balint, 1973). Самую раннюю форму объектных отношений он назвал «первичной любовью» или также «первообразом, первоначальной формой любви»; он считал, что на этой стадии отношения «мать–дитя» состоят в «гармоничном смешении» и «взаимопроникновении» (Balint, 1973, S. 200). Балинт ссылается на Шандора Ференци и так же, как и он, констатирует, «что формальные элементы переноса и вся аналитическая ситуация происходят из самых ранних детско-родительских отношений» (Balint, 1988a, S. 160). Особенно значимой для детско-родительских отношений признается такая «взаимозависимость», в которой либидинозное удовлетворение младенца должно сопровождаться также либидинозным удовлетворением матери. Еще один вид организации отношений между матерью и ребенком, а также и между взрослыми Балинт описывает как «окнофилию»: индивидуум чувствует себя уверенно и ощущает защищенность от опасностей лишь в самой тесной близости с другим человеком. Сам Балинт проводит параллель между своей концепцией окнофилии и описанным Боулби поведением привязанности. Противоположному поведению Балинт дал название «филобатизм». В этой форме выстраивания отношений человек ищет «благоприятные дали», пространственное дистанцирование дает возможность «не подпускать людей близко к себе». Это напоминает паттерн ненадежно-избегающей привязанности из теории привязанности. Но Балинт сознавал, что и «филобат» испытывает сильную вытесняемую тоску по отношениям (Balint, 1960).

Как отмечает Балинт, для лечения пациентов с базовым дефектом и установления «нового начала» терапевт должен «иметь желание и быть готовым держать пациента, причем не активно, а так, как вода держит пловца или как земля несет идущего по ней; то есть он должен быть рядом с пациентом, быть доступным для него и позволять ему использовать себя, не оказывая слишком большого сопротивления» (Balint, 1973, S. 203). Эта формулировка, а также другие мысли относительно техники предвосхищают концепцию «надежной базы» («надежной основы»), впоследствии сформулированную в теории привязанности, которая рассматривается как необходимое условие для психотерапевтической работы.

Теория психологии самости ХАЙНЦА КОХУТА (Kohut, 1971, 1977) исходит из допущения, что так называемая «сплоченная самость» развивается в матрице эмпатийных объектов самости. Объект самости – это такой объект, который выполняет для самости функции, которые она сама не может выполнить: мать ограждает младенца от чрезмерных раздражителей, поскольку его возможности по саморегуляции пока еще ограничены. То, как объект самости выполняет свои функции, – эмпатийно или менее эмпатийно, – становится частью самоощущения и чувства собственного достоинства (самоценности). В этом отношении объект самости ощущается как часть собственной самости. Кохут различает 3 важные функции объекта самости: функция отражения, функция alter ego, которая позволяет ребенку чувствовать свою принадлежность к равному ему «мы», и функция идеализированного имаго родителей.

С точки зрения психологии самости, важная задача идеализированного имаго родителей (идеализированного объекта самости) состоит в том, чтобы предохранить незрелую психику младенца от переполнения раздражителями и аффектами. Идеализированное имаго родителей можно сравнить с первичным объектом привязанности из теории привязанности. Например, если система привязанности ребенка активирована (что может выразиться в поведении, направленном на поиск защиты), а мать в этой ситуации эмпатийно настроена на внешние и интрапсихические потребности младенца, распознает их, уважительно к ним относится и отвечает на них, то есть удовлетворяет их подобающим образом, без переполнения раздражителями, ребенок может чувствовать себя уверенно и в безопасности. Только если объекты самости достаточно хорошо выполняют свои стадиально-специфические функции в тесном взаимодействии с ребенком, то можно ожидать развитие зрелой, сплоченной самости. Если функции объекта самости выполнялись неудовлетворительно, самость будет иметь более или менее поврежденную структуру.

Еще одна параллель между концепциями психологии самости и теории привязанности состоит в том, что самость, ставшая «сплоченной», подобно репрезентации надежной привязанности, может действовать как защитный фактор при психических нагрузках. В таких условиях индивидуум будет справляться с разлуками и потерями лучше, чем если бы он не смог приобрести качеств цельной самости.

Если же развитие самости оказалось лишь частично успешным, а репрезентанты объектов самости важных референтных лиц нестабильны, расставание со значимым лицом может восприниматься как серьезная опасность, которая впоследствии может привести к сильной нарциссической ярости от обиды. А это, в свою очередь, может представлять такую угрозу для самости, что есть опасность ее распада на отдельные части. Чтобы предотвратить это, самость пытается добиться аффективной регуляции, например, с помощью фантазии о величии, которая может быть выражена примерно так: «Я абсолютно независим от человеческих отношений, и другой человек, покинувший меня, мне совсем не нужен. Более того, этот другой сам зависит от *меня*».

Если эта защитная функция не срабатывает, может произойти дальнейшая регрессия. Она может привести, например, к сильнейшему кризису самоценности с явно депрессивными чувствами и аутоагрессивными действиями, которые нередко завершаются самоповреждающим поведением (ребенок бьется головой об стену, пока не пойдет кровь; по вине подростка происходит тяжелое ДТП) и суицидальными действиями (Henseler, 1974; Kohut, 1973).

Кёлер (Köhler, 1995) указывает на близость концепции «чуткости» и понятия «эмпатии». Эйнсворт (Ainsworth, 2003) в своем описании «чуткости» исходит из представления о том, что мать должна с помощью собственных аффектов и эмоций, а также внутренней готовности к восприятию понимать сигналы своего ребенка в неискаженном виде. Однако в понятие чуткости, в отличие от эмпатии, добавляется еще то обстоятельство, что значимое лицо должно реагировать на ребенка подобающим образом и с учетом соответствующего возрасту диапазона фрустрационных ситуаций. «Подобающим образом» означает, что реакция (с учетом текущей ситуации, стадии развития, культурных норм) должна стимулировать развитие и созревание ребенка. В этом смысле понятие чуткости, с моей точки зрения, шире, чем представления Кохута об эмпатии. В своем описании эмпатии он в основном ссылается на интрапсихическую функцию, в то время как «чуткость» охватывает, кроме того, и уровень действий, являющийся результатом эмпатийного восприятия и проработки.

Понятие эмпатии, по Кохуту, относится к способу восприятия матерью интрапсихических состояний младенца. «Эмпатия» матери предполагает, что она может распознать аффект, вызванный у нее ребенком, как чужой, который возник только благодаря аффективному заражению. Кроме того, это восприятие аффекта не должно искажаться под влиянием ее собственных эмоций, а эмоциональная ситуация ребенка не должна меняться из-за проективных выражений аффекта матери (см.: Köhler, 1998; Körner, 1998).

ДЭНИЭЛ СТЕРН (Stern, 1992) строит свою теорию на результатах исследований младенцев и предполагает, что с самого начала существует интерактивный обмен между младенцем и матерью. Стерн предполагает, что в процессе довербальной стадии развития субъективное самоощущение возникает ступенчато. Многочисленные дифференцированные интеракции, состоящие

из паттернов действий и аффектов, – это структурные элементы для развития внутренних репрезентаций. Стерн отрицает раннюю аутистическую или симбиотическую стадию отношений «мать–дитя»; он предполагает, что отношения матери и ребенка развиваются в течение первого года жизни благодаря пережитому ими опыту взаимодействия. Он пишет, что «репрезентации генерализованных интеракций» (representations of interactions that have been generalized, так называемые RIGs, Stern, 1992, S. 143) в отношениях «мать–дитя» представляют собой конструктивные элементы для возникновения «внутренней рабочей модели» – термин, который Стерн позаимствовал у теории привязанности.

Согласно аналитической психологии КАРЛА ГУСТАВА ЮНГА, младенец развивается из недифференцированной матрицы – «Уробороса», который как архетипический символ целостности охватывает объединенных друг с другом прародителей, а также состояние недифференцированного хаоса и бессознательное (Neumann, 1985). Путь развития младенца приводит к индивидуации и дифференциации – становлению личности с развитием автономии и самоопределением, для чего требуется психическое отделение от матери и отца, а также от соответствующего архетипа.

Интересна точка зрения Якоби (Jacoby, 1998), который объединяет результаты современных исследований младенцев с юнгианской теорией комплексов. Он очень тонко указывает на то, как условия окружения, факторы предрасположенности и аффективный опыт социального взаимодействия с первичными значимыми лицами создают у младенца психические структуры, которые могут привести к соответствующим комплексам.

Модель теории научения

Насколько я знаю, в *поведенческой терапии* не было сформулировано какого-либо особого взгляда на развитие поведения привязанности и расставания, а также на последующие поведенческие проблемы и расстройства. Однако с *точки зрения теории научения* легко объяснимо, что дети с самого рождения регулируют свою близость и дистанцию с важнейшим референтным лицом через процессы обучения, а также подкрепление или отрицательные последствия. Знакомство с этими процессами происходит через многочисленные малые эпизоды социального взаимодействия между матерью и ребенком, в которых мать очень точно сигнализирует, какую близость со своим младенцем и какую дистанцию с ним она хочет установить, и это, скорее всего, откладывается в памяти младенца как аффективно-когнитивная схема.

Это касается также поведения младенца во время разлуки и исследовательской деятельности. Здесь также можно представить себе, что мать реагирует на импульсы ребенка при расставании или ободряюще, или с тревогой, а младенец таким образом узнает, что отдаление до определенной дистанции разрешено, что оно допускается матерью или же приводит скорее к негативным последствиям.

Младенец, ориентируясь на поведение матери, узнает из ее моделей поведения, насколько важны для нее отношения привязанности, близости и дистанцирования.

КЛАУС ГРАВЕ в своей теории *психологической терапии* (Grawe, 1998) также опирается на Боулби и описывает потребность в привязанности как детерминанту переживания и поведения, важную для понимания причин действенности психотерапии. Он принимает данное Боулби (Bowlby, 1976) объяснение агорафобии как психического расстройства с ненадежно-амбивалентной привязанностью, а также результаты соответствующих исследований Лиотти (Liotti, 1991), и описывает базирующийся на привязанности подход к лечению пациентов с этим особым расстройством (Grawe, 1998, S. 115–121, 395–411).

В теории интерперсональной психотерапии (Schramm, 1996) есть ссылки как на Боулби, так и на идеи Майера (Meyer, 1957). Таким образом, она принимает модель объяснения психологии развития, ориентированной на теорию привязанности, на основе которой была разработана терапевтическая техника, предназначенная в первую очередь для диагностики и лечения депрессивных пациентов. В диагностике и лечении интерперсональных дефицитов большое значение придается терапевтическим отношениям, хотя они и не рассматриваются как «отношения переноса» в психоаналитическом смысле. В частности, при лечении депрессий терапевт активно затрагивает в качестве центральных тем прошлые и нынешние отношения привязанности пациента, такие как пережитые им травмы расставаний и потерь.

Модели, основанные на теории систем

Теория систем содержит, в частности, положение о том, что в семье возникают явные и невидимые связи между отдельными ее членами, которые управляют как социальным взаимодействиями между членами семьи, так и семейным равновесием в целом. Возможность высвободиться из этого хитросплетения привязанностей зависит от того, каким образом целостная система может выдержать расставание с одним из членов семьи. Поскольку развитие автономии ребенка или, например, сообщение молодого человека о намерении покинуть родительский дом грозит дестабилизацией всей системы (потому что после отделения могут стать заметными психопатологические особенности отдельных членов семьи), вся семья будет демонстрировать лояльность к привязанностям и пресекать импульсы ребенка, направленные на отделение, или применять к нему определенные санкции (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973; Cierpka, 1996; Stierlin, 1980).

Выводы

Наш краткий обзор показывает (причем мы не претендуем здесь на полноту изложения), что в различных психологических теориях и школах психотерапии сложились разные взгляды на структуру и значение привязанностей, а так-

же на влияние сепарации на отношения между матерью и ребенком. Причем в отдельных теориях обнаруживаются параллелизм, или сходство с теорией привязанности, или даже явные ссылки на Боулби, но, с другой стороны, имеются также и принципиальные различия.

Различия между психодинамически ориентированными школами и теорией привязанности состоят в том, что психоанализ опирается на теорию влечений, а теория привязанности, напротив, основывается на теории мотивационных систем, из которых Боулби особо тщательно строит систему привязанности.

Кроме того, психодинамические теории исходят из того, что отношения матери и ребенка вначале характеризуются недифференцированной матрицей, в которой преобладают психические процессы слияния. Самость и объект первично недифференцированны. В процессе дальнейшего развития ребенка репрезентанты самости и объекта должны интрапсихически выделиться из этой матрицы, чтобы стали возможны психическое отделение и индивидуация.

Напротив, по мнению Боулби новорожденный вполне отчетливо воспринимает мать и себя самого как отделенных друг от друга (см. также: Stern, 1992). Таким образом, привязанность между младенцем и ухаживающим за ним человеком еще только должна возникнуть в течение первого года жизни, а вовсе не существует с самого начала благодаря их симбиозу. В ходе этого процесса могут формироваться различные паттерны привязанности.

ЧАСТЬ 2

Нарушения привязанности

ПРИВЯЗАННОСТЬ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Боулби (Bowlby, 1976) в свое время занимался выяснением вопроса, могут ли существовать взаимосвязи между ненадежной привязанностью и какой-то определенной психопатологией. Для агорафобии он смог найти взаимосвязь с ненадежно-амбивалентной привязанностью. В различных видах детской фобии, например в иррациональном страхе перед животными, Боулби также видел связи с паттерном ненадежной привязанности. Школьную фобию он также понимал в контексте сепарационных страхов ребенка или родителей[1].

Во все большем количестве проспективных лонгитюдных исследований обнаруживаются взаимосвязи между ненадежной привязанностью и девиантным поведением детей дошкольного и школьного возраста (Greenberg et al., 1990, 1991, 1997; Greenberg & Speltz, 1988).

Для определенных хронических заболеваний, таких как муковисцидоз, или заболеваний, связанных с пороками сердца или возникающих после операций на сердце в детском возрасте, Гольдберг (Goldberg, 1997) выявил частые случаи ненадежной привязанности с довольно большим количеством дезорганизованных паттернов. Был также описан новый вид поведения привязанности, который отличался чрезмерно контролирующим поведением детей. Недоношенные дети как группа риска также были обследованы в ходе лонгитюдных исследований на предмет развития у них привязанности. Здесь были получены противоречивые результаты: с одной стороны, у преждевременно родившихся и у нормально доношенных детей было обнаружено аналогичное распределение паттернов надежной и ненадежной привязанности, однако, с другой стороны, дети с ненадежной привязанностью чаще встречались именно среди детей с большой недоношенностью и с очень маленьким весом (Buchheim et al., 1999). Чтобы выяснить причину таких противоречивых результатов, мы провели лонгитюдное исследование, где изучали развитие при-

вязанности детей, родившихся преждевременно и с очень маленьким весом, с учетом нейробиологических рисков недоношенности, раннего взаимодействия родителей с ребенком, а также репрезентаций привязанности родителей (Brisch et al., 1996, 2003a, 2005a, 2008; Schmücker et al., 2005; Brisch, 2006).

Дети, пережившие жестокое и пренебрежительное обращение в раннем детстве, чаще испытывали ненадежную привязанность, чем те, с которыми не обращались жестоко (Crittenden, 1985, 1995, 1997; Lyons-Ruth et al., 1989). Именно дезорганизованная привязанность обнаруживалась значительно чаще у детей, подвергавшихся жестокому обращению (Carlson et al., 1989; см. также главу «Классификация типов привязанности ребенка» в части I данной книги).

Младенцы родителей, заболевших депрессией (Cummings, 1990; Cummings & Cicchetti, 1990; Lyons-Ruth et al., 1990; Radke-Yarrow et al., 1985; Radke-Yarrow, 1991) или шизофренией (Naslund et al., 1984), наблюдались в лонгитюдных исследованиях, потому что предполагается, что заболевание родителей представляет собой фактор риска для развития привязанности детей. Несмотря на весьма неоднородные результаты, они показывают тенденцию к учащению случаев ненадежной привязанности у детей из этих родительских групп риска. Однако в некоторых случаях такое развитие может стать заметным лишь на втором или третьем году жизни (Spieker & Booth, 1988).

В клинических исследованиях обнаружились такие же взаимосвязи с репрезентациями ненадежной привязанности, в частности, у пациентов со следующими симптомами или картинами расстройств: пограничное расстройство личности, агорафобия, состояния после травмы, связанной с сексуальным насилием в детстве, суицидальное поведение у подростков, депрессия, предрасположенность к психиатрическим заболеваниям, шизофрения. Эта взаимосвязь была отмечена также у пациентов судебных медиков и больных, страдающих спастической кривошеей (Torticollis spasticus) (Atkinson, 1997; Buchheim et al., 1998; Strauß & Schmidt, 1997; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996; Wöller, 1998).

Так как некоторые исследования вскрыли взаимосвязь между паттернами привязанности и изменениями в психологических, иммунологических и нейрогуморальных процессах регуляции, можно обсуждать также взаимосвязь между паттернами привязанности и психосоматическими заболеваниями (Buchheim et al., 1998; Reite, 1990; Reite & Field, 1985; Strauß & Schmidt, 1997).

Таким образом, во все большем количестве исследований обнаруживаются связи между паттерном и/или репрезентацией ненадежной привязанности и картинами психических расстройств и симптомов у различных групп риска. Причем представляется, что паттерн дезорганизованной привязанности из-за того, что он часто встречается в выборочных клинических пробах, имеет особое значение для развития психопатологии. Правда, специфического соответствия паттерна привязанности определенной психопатологии установить не удалось, и, насколько я вижу, весьма маловероятно, что такое соответствие вообще существует. Надежную/ненадежную привязанность, скорее, можно

рассматривать как защитный фактор или фактор риска развития психопатологических симптомов: можно предположить, что надежная привязанность повышает порог психической переносимости нагрузок, а ненадежная – понижает.

Для выяснения этих вопросов необходимо провести еще одно исследование, и в настоящее время в различных клиниках в Германии к нему уже приступают.

ПРИВЯЗАННОСТЬ И ТРАВМА

Результаты исследований указывают на то, что существует взаимосвязь между паттернами дезорганизованной привязанности у детей и непроработанными травмами их родителей (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). Поведение собственного ребенка, например, крик младенца, запускает у родителей когда-то пережитую травму, напоминая собственный плач и собственную боль. Это может вызывать у матери или у отца диссоциативные или характерные для травмы и пугающие ребенка формы поведения (Lyons-Ruth et al., 1999; Liotti, 1992; Brisch & Hellbrügge, 2003). Если патогенные факторы (такие как депривация, жестокое обращение, значительные нарушения социального взаимодействия родителей и детей) действуют лишь эпизодически или на определенных стадиях, они часто могут ассоциироваться с поведением дезорганизованной привязанности (Lyons-Ruth et al., 2005; Madigan et al., 2006; Slade, 2007; Lyons-Ruth, 2008). Если же они преобладают как ранний интеракционный паттерн, а патогенный опыт привязанности накапливался долгие годы, в результате могут возникнуть нарушения привязанности, которые сохраняются даже после смены окружения. Например, это может проявиться при усыновлении, когда ребенок оказывается в семье с лучшими эмоциональными условиями, и доставляет огромное неудобство в новых отношениях между приемными родителями и ребенком (Steele et al., 2002). Нарушения привязанности из-за внешних искажений в поведенческом выражении часто не позволяют распознать скрытые потребности детей в привязанности; в худшем случае они могут закрепиться и перерасти в стойкие психопатологические паттерны тяжелого личностного расстройства (Brisch & Hellbrügge, 2003).

ТЕОРИЯ НАРУШЕНИЙ ПРИВЯЗАННОСТИ

Специалисты в области психологии и психопатологии развития указывают на то, что первоначальные типы привязанности в том виде, как они были обнаружены Мэри Эйнсворт, представляют собой специфические адаптационные паттерны в рамках в общем нормальных отношений между матерью и ребенком. Следовательно, например, паттерн избегающей привязанности, напоминающий клиницисту психопатологические формы поведения, можно считать поведенческой стратегией, при которой дети своим поведением привязанности приспосабливаются к установкам родителей. Так, они могут оставаться в контакте с родителями, несмотря на несколько бóльшую дистан-

цию, чем это, собственно, соответствует их потребности в привязанности. Так как дети с избегающей привязанностью знают, что на сигналы с пожеланиями близости их родители ответят скорее отказом, они уже на первом году жизни научаются вообще не демонстрировать реакций привязанности, например таких, как протест при расставании, следование за родителями, крик, плач и цепляние с поиском близости; вместо этого они соблюдают некоторую дистанцию в отношениях с человеком, к которому испытывают привязанность, чтобы не встретить отвергающей реакции, на которую они боятся нарваться, например, со стороны матери. И все-таки с помощью соответствующего избегающего паттерна привязанность ребенка к матери может сохраняться за счет его отказа от желания близости. Избегающая стратегия кажется для таких детей, как и для их родителей, наиболее подходящей для уменьшения стресса, вызываемого поведением привязанности.

Модели поведения, описанные Мэйн как «дезорганизованный паттерн», напротив, не могут рассматриваться в качестве адаптивных стратегий. Они указывают, скорее, на то, что у детей с таким паттерном привязанности в стрессовой ситуации расставания и воссоединения не было в запасе адекватной модели поведения. Появляются противоречивые формы поведения: дети бегут к матери, останавливаются, поворачиваются, «замораживают» движения; эти двигательные стереотипы производят на стороннего наблюдателя впечатление дезорганизованного поведения. Такие формы поведения, длящиеся иногда всего лишь несколько секунд, создают впечатление нарушенной психомоторики и напоминают психопатологию. Соответственно, они гораздо чаще наблюдаются, с одной стороны, у детей из групп риска (у недоношенных или у детей с травматическим опытом), а с другой – у детей, чьи родители относятся к группам риска (с непроработанной травмой или потерей).

В свою очередь клиницисты, такие как Фрайберг (Fraiberg, 1982), Либерман и Павл (Lieberman & Pawl, 1988; 1990), а также Цеана с соавт. (Zeanah et al., 1993), уже довольно давно подметили, что в группах клинически больных детей и среди родительско-детских диад, имеющих серьезные отклонения в отношениях, встречаются и совсем другие паттерны привязанности, которые они рассматривают как «нарушения привязанности» (attachment disorders). Работы Криттенден (Crittenden, 1988, 1995), посвященные детям, которые стали жертвами насилия, подвергались жестокому обращению или которым не уделяли внимания, привели к расширению первоначальной классификации паттернов привязанности в детском возрасте. У таких детей с высокой степенью риска Криттенден обнаружила особые паттерны поведения: смесь неуверенно-избегающего и амбивалентного поведения привязанности, а также еще один паттерн с признаками избегания и дезорганизации. В этих двух группах могут возникнуть и неадекватное переживание аффекта, и неверные когниции. Опираясь на свой опыт работы с группами, отличающимися высокой степенью риска, Криттенден выявила для дошкольного возраста такие специфические отклонения в поведении, как навязчивая забота и чрезмерное

приспособленчество, причем и то, и другое было связано с паттерном избегающей привязанности. Изучая паттерны амбивалентной привязанности, она выявила подгруппы детей с агрессивным, угрожающим поведением, а также с беспомощными стратегиями поведения.

К этому расширенному в направлении психопатологии набору первоначально наблюдавшихся паттернов привязанности Криттенден добавила паттерн для школьного возраста с наказывающим поведением, а для подросткового возраста – паттерн ухода в себя со спектром поведения от угрожающего до параноидного. Следствием таких крайних форм поведения у детей с избегающей, а также с амбивалентной привязанностью бывают ограничения в сфере эмоциональных переживаний и в когнитивной сфере. Дети с избегающей привязанностью защищаются от своих аффектов главным образом с помощью когнитивных процессов, в то время как у детей с ненадежно-амбивалентной привязанностью аффективные процессы активированы так, что ухудшают их когнитивные способности. Таким образом, Криттенден исходит из того, что есть плавный переход от еще здоровых паттернов привязанности к таким вариантам качества привязанности, которые относятся к сфере психопатологии.

На своих выборках из групп риска Криттенден показала, что во всех диадах мать–ребенок (от дошкольного до подросткового возраста), не устанавливалось «корректируемое целью партнерство», обнаруженное Боулби в обычных выборочных пробах, а, напротив, была выражена тенденция закрепления психопатологических форм поведения с возрастом. Такое поведение определяло не только первичные, но и все остальные отношения, а также социальное взаимодействие в повседневной жизни этих детей и подростков.

Либерман и Павл (Lieberman & Pawl, 1995) в рамках своей широкомасштабной программы «San Francisco Infant-Parent Program» посещали на дому пары родитель–ребенок, особенно семьи, не имеющие никаких привилегий, в которых дополнительные социальные факторы, такие как бедность, безработица и стесненные жилищные условия, затрудняли развитие привязанности, и проводили с ними так называемую «психотерапию на кухне». Таким образом, они применяли «психотерапию с посещением на дому»: они лечили людей на месте, в их квартирах, потому что эти семьи, подвергавшиеся риску и находившиеся в опасности, по собственной инициативе вряд ли обратились бы за психотерапевтической помощью в какое-либо лечебное учреждение. Масштабы нарушений привязанности, которые Либерман и Павл наблюдали во время своих посещений семей на дому, в конце концов привели их к созданию типологии болезней привязанности для детского возраста. Они исходили из того, что, хотя развитие привязанности этологически и мотивационно преформировано (предопределено), оно может очень сильно меняться и искажаться под действием внешних социальных условий, а также под влиянием тяжелой психопатологии родителей, так что сторонний наблюдатель уже почти не сможет распознать в них аспекты привязанности (Belsky & Russell, 1988).

Благодаря наблюдениям и наработкам Либерман и Павла теория привязанности снова была подведена к тому, с чего Боулби начинал свои первые исследования, а именно к тяжелым клиническим случаям. Важно, что не только психопатология со стороны родителей, но и отягчающие внешние социальные факторы могут в значительной степени препятствовать развитию привязанности. В рамках проводимой Либерманом и Павлом программы это привело к терапевтическому сочетанию социальной работы с детско-родительской психотерапией.

Гринспэн и Либерман (Greenspan & Lieberman, 1995a, b) разработали свой вариант теории привязанности и нарушений привязанности на период от рождения ребенка до возраста 36 месяцев, который описывает гомеостаз состояния привязанности для различных возрастных групп, в частности именно для первых месяцев жизни. Тяжелые расстройства и состояния средней тяжести, а также легкие расстройства рассматриваются как отклонения от нормального гомеостатического состояния привязанности, которое характеризуется сложившимся балансом между привязанностью и исследовательским поведением. Расстройства наступают либо при чрезмерной активации системы привязанности, что сдерживает исследовательское поведение, либо, наоборот, при избыточном исследовательском поведении, которое сопровождается потерей привязанности.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРИВЯЗАННОСТЕЙ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВАХ

Существующие диагностические системы для психиатрических и психических расстройств не вполне подходят для классификации нарушений привязанности как тяжелой формы психопатологии.

Изучая диагностические руководства, от МКБ-8 до МКБ-10 и DSM-III–IV, обращаешь внимание на тот факт, что невозможно найти полные диагностические соответствия для всего разнообразия и степени тяжести нарушений привязанности в том виде, как они встречаются в клинической практике.

В то время как в МКБ-8 (Degkwitz et al., 1975) вообще не было предусмотрено никакой специфической диагностики детских эмоциональных расстройств, в МКБ-9 (Degkwitz et al., 1980) впервые выделяются специфические эмоциональные расстройства детского и юношеского возраста (313): страх и тревога (313.0), страдание и несчастье (313.1), чувствительность, робость и замкнутость (313.2), трудности во взаимоотношениях (313.3). Кроме того, названы «трудности в отношениях в сочетании с агрессивностью, деструктивностью и другими формами нарушения социального поведения, а также сильнейший страх разлуки и госпитализм у детей».

В МКБ-10 проводится различие между «тормозным» (Тип I $F_{94.\,I}$) и «расторможенным» (Тип II $_{F94.2}$) типами реактивного нарушения привязанности в младенческом и детском возрасте. Аналогичные диагностические катего-

рии содержатся в DSM-III-R (313.89) (Wittchen et al., 1991) и DSM-IV (313.89) (Saß et al., 1996).

Тип I ($F_{94.1}$) в МКБ-10 описывает детей, которые очень неохотно выказывают свою привязанность к взрослым и реагируют амбивалентно и боязливо на людей, к которым испытывают привязанность. Тип II ($F_{94.2}$) описывает противоположную клиническую картину с расторможенной коммуникабельностью без дистанции по отношению к самым разным значимым лицам. Обе формы поведения рассматриваются как прямое следствие крайней эмоциональной и/или телесной запущенности и жестокого обращения или как следствие постоянной смены значимых лиц.

В классификации МКБ представлены и другие диагнозы, которые в неявном виде относятся к темам, важным для привязанности, например такие, как «Нарушение социального поведения при отсутствии социальных связей» ($F_{91.1}$), «Сепарационная тревога» ($F_{93.0}$) и нарушения с «чувствительностью, робостью и замкнутостью» (313.2).

Нарушения привязанности могут рассматриваться как нарушения *эмоциональной* регуляции (см. МБК-9). Но в модернизированной версии, МБК-10, нарушения привязанности приводятся уже не в разделе эмоциональных расстройств, а в категории «Нарушения *социальных* функций в детстве и юности». Даже хотя сейчас, в противоположность МБК-9, считается, что тяжелые последствия дурного влияния среды (окружения) или депривация этиологически имеют решающее значение, какие-либо связи с эмоциональными нарушениями отсутствуют.

В «Многоосевой классификации психических расстройств детского и юношеского возраста» (Remschmidt & Schmidt, 1994), в разделе «Актуально ассоциированные аномальные психосоциальные обстоятельства (пятая ось)», приводится множество неблагоприятных факторов, которые могут сказываться на развитии привязанности. Это ненормальные внутрисемейные связи с нехваткой тепла в отношениях между родителями и ребенком, дисгармонией в семье между взрослыми, возможно, с отвержением и враждебностью к ребенку, с телесными наказаниями, жестоким обращением и сексуальным насилием. Другими факторами риска являются психическое расстройство и девиантное поведение одного из родителей, неадекватное или искаженное внутрисемейное общение, ненормальные условия воспитания (например, со сверхзаботливостью родителей или с недостаточным родительским присмотром и руководством), отклоняющееся от нормы непосредственное окружение, воспитание в детском доме, потеря любящего значимого взрослого, опасные обстоятельства вследствие передачи в приемную семью, ухудшение семейных отношений из-за появления новых членов семьи, события, которые приводят к снижению самоуважения, сексуальное насилие, непосредственные переживания тревоги (S. 147–154). Наряду с этими факторами в разделе «Отягчающие социальные факторы» приводятся и такие важные для привязанности события, как «преследование или дискриминация» и «миграция и измене-

ние социальной среды» (S. 156). Общее у всех этих событий то, что они могут нанести большой вред переживанию привязанности и отношениям ребенка.

В системе «Диагностическая классификация: 0–3» (ZTT-DC: 0–3, 1999), разработанной специально для младенцев и маленьких детей, в разделе, посвященном аффективным расстройствам, также приводятся «тревожные расстройства, пролонгированные реакции печали, депрессия, смешанные нарушения эмоционального выражения» (Диагностическая категория 201–204), а также «реактивные расстройства отношений» (Диагностическая категория 206), которые проявляются в контексте депривации и жестокого обращения. В качестве причины этих нарушений рассматриваются продолжительное пренебрежение обязанностью заботиться о детях и насилие со стороны родителей, ставшие настолько распространенными, что они в состоянии подорвать основополагающее чувство надежности привязанности. Кроме того, физическая, а также эмоциональная доступность родителей и возможность обратиться к ним могут стать такими непостоянными и ненадежными (например, при депрессивном заболевании или при злоупотреблении наркотиками одного из родителей), что для ребенка становится невозможным сформировать индивидуальную привязанность к заботящемуся о нем человеку. Стрессогенные окружающие условия, такие как длительное пребывание в детском доме или больнице и постоянная смена нянь и воспитательниц, могут также негативно сказываться на развитии надежных отношений привязанности (S. 16 и далее).

Ни в одной из описанных выше диагностических систем нет обобщающей объяснительной модели для диагностики нарушений привязанности, которая базировалась бы на наблюдаемом поведении и на социальных факторах риска. Это весьма удивительно, так как ранее уже были описаны типологии расстройств привязанности, в основе которых лежала теория привязанности. В следующем разделе будут описаны исходные положения для создания такой системы классификации нарушений привязанности. С моей точки зрения, они подходят для клинического применения и представляют собой первый шаг для более дифференцированной диагностики нарушений привязанности.

ДИАГНОСТИКА И ТИПОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ ПРИВЯЗАННОСТИ

Сразу же следует высказать принципиальное положение, что диагноз «нарушение привязанности» не может основываться на наличии у ребенка паттерна поведения, характерного для ненадежного вида привязанности, так как последний рассматривается теорией привязанности как адаптационный паттерн, находящийся в пределах нормы. У детей же с нарушением привязанности можно наблюдать самые разнообразные формы отклоняющегося поведения, которое они демонстрируют при общении с самыми разными людьми, с которыми у них сложились отношения привязанности. Эти формы поведения

проявляются не только кратковременно и не только в определенных ситуациях; такого рода стабильные паттерны можно наблюдать в течение длительного периода времени и в разных ситуациях. Для постановки диагноза «нарушение привязанности» предлагается брать шестимесячный период анамнеза (Sameroff & Emde, 1989; Zeanah & Emde, 1994).

Представленная далее диагностическая классификация различных нарушений привязанности интегрирует как показатели, относящиеся к социальному взаимодействию, так и критерии, важные для привязанности (см. также: Lieberman et al., 1991; Lieberman & Pawl, 1988, 1993; Zeanah & Emde, 1994). Ее можно использовать как для малышей в возрасте от 1 года до 3 лет, так и для более старших детей и подростков (Brisch et al., 1999).

Отсутствие поведенческих признаков привязанности

Дети, относящиеся к этой категории, обращают на себя внимание тем, что не проявляют *вообще* никакого поведения привязанности к значимому лицу. Особенно примечательно, что даже в явно опасных ситуациях, которые обычно вызывают поведенческое проявление привязанности к первичному значимому лицу и поиск близости с ним, они не обращаются к этому человеку. В ситуациях расставания такие дети не реагируют протестом или же совершенно недифференцированно протестуют при расставаниях с любым человеком, с которым у них есть хоть какие-то отношения. Если они демонстрируют просоциальное поведение (что бывает очень редко), то они не отдают предпочтения ни одному из значимых лиц, что, как известно, характерно для поведения при надежной привязанности. С точки зрения психологии развития, важно, что эту классификацию нарушений привязанности следует применять лишь после 8-го месяца жизни ребенка, потому что лишь после появления страха перед чужими людьми (когда дети начинают «дичиться» посторонних) можно ожидать ярко выраженной реакции дифференциации и предпочтения первичного значимого лица. Хотя паттерн этого нарушения привязанности и напоминает тип ненадежно-избегающей привязанности по методике «Незнакомая ситуация» (Ainsworth et al., 1978), он отличается тем, что избегающее поведенческое проявление привязанности выражено в крайней степени; кроме того, к нему могут добавляться необычные формы поведения и недифференцированный протест против расставания.

Такой паттерн поведения можно увидеть иногда у детдомовцев или у таких детей, которые еще в младенческом возрасте пережили множество прерываний отношений и их смену, а также выросли в разных детских учреждениях.

Поведение детей с таким нарушением привязанности имеет сходство с аутизмом, но в его картине нет таких типичных для аутизма характеристик, как избегание телесного контакта, стереотипные формы поведения и задержка речевого развития.

Дети с паттерном ненадежно-избегающей привязанности отличаются привязанностью к первичному значимому лицу. Эти дети ориентированы на че-

ловека, к которому испытывают привязанность, даже если после расставания с ним они не так явно выражают, что скучают по нему. На это указывают изменения в их психологических ценностях; эти ценности измерялись у них после расставания с человеком, к которому они испытывали привязанность, через индекс их стрессовых переживаний.

В противоположность этому дети с отсутствием каких-либо проявлений привязанности никогда не могли построить ни стабильной надежной, ни даже ненадежной привязанности. У них нет человека, к которому бы они испытывали привязанность и который бы имел для них особое значение как источник безопасности (к кому они могли бы прийти за защитой, испытывая страх или ощущая угрозу).

Недифференцированность в проявлениях привязанности

Дети с таким паттерном привязанности ведут себя приветливо по отношению ко всем значимым лицам, не делая различий в том, знают ли они этих людей уже давно или же только познакомились с ними; это называют также *социальным промискуитетом*. Такое *недифференцированное* (*промискуитивное*) *поведение привязанности* (*Тип II a*) сравнимо с диагнозом $F_{94.2}$ в системе диагностики МКБ-10. Осторожная сдержанная холодность по отношению к чужим людям, как это можно наблюдать при ненарушенной привязанности маленьких детей, у таких детей отсутствует. В стрессовых ситуациях они хотят, чтобы их утешали, однако обращаются для этого без разбора к любому – даже к абсолютно чужому – человеку, который в этот момент находится вблизи них. Правда, если значимый взрослый пытается утешить таких детей, это редко удается в том смысле, чтобы дети действительно позволили себя успокоить и могли бы опять заняться чем-то, допустим игрой.

Другой вариант такого нарушения привязанности описывается как *крайняя безбоязненность*. С такими детьми часто происходят несчастные случаи, в которых они подвергают себя опасности и могут пораниться. При точном выяснении обстоятельств несчастного случая оказывается, что они сами спровоцировали его своим явно рискованным поведением. Такое поведение уже нельзя объяснить чистым любопытством или ярко выраженной тягой к исследованию. Эти дети в опасной ситуации полностью забывают перестраховаться или не предпринимают никаких попыток обратиться за помощью к своему значимому взрослому, как это бывает в пугающих ситуациях у детей с надежной привязанностью. У них отсутствует поведение типа «социальная привязка» (Emde & Sorce, 1983), которое можно наблюдать уже на первом году жизни в общении между младенцами и их матерями. Если младенец в своем исследовательском поведении доходит до неизвестного ему и пугающего порога, он обычно оглядывается на значимого взрослого и через визуальный контакт с ним убеждается, можно ли ему переступить через этот порог, или выясняет, что продолжение его исследовательского поведения связано с опасностью.

По невербальным посланиям матери, таким как взгляды и мимика, он может считывать одобрение на продолжение своих исследований или запрет на них. Кроме того, дети с таким нарушением привязанности проявляют определенную загнанность в поведении. Несмотря на болезненный опыт несчастных случаев, они продолжают свое рискованное поведение, как будто так ничему и не научились. Родители снова и снова приводят их на прием в педиатрическую или хирургическую амбулаторию, обращаются к врачу по поводу все новых телесных повреждений их детей и часто пользуются услугами экстренной медицинской помощи.

Оба эти варианта нарушений (социальный промискуитет и склонность к несчастным случаям) можно найти у детдомовцев и детей, за которыми присматривают посторонние, если значимые взрослые часто меняются, а также у детей, которым не уделяют должного внимания. Нужно иметь в виду, что у таких детей могут быть нарушения привязанности, и, проконсультировавшись у детского психиатра, нужно провести соответствующую диагностику и лечение.

Дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, которые в своем исследовательском поведении могут также выглядеть загнанными и импульсивными, отличаются от детей с нарушением привязанности тем, что, как правило, не склонны к частым несчастным случаям, поскольку их рискованное поведение не так ярко выражено (см. также: Grützenmacher, 2001).

Чрезмерность в проявлениях привязанности[2]

При этой форме нарушения привязанности дети обращают на себя внимание *крайней степенью* цепляния: они эмоционально успокаиваются и бывают уравновешенными только в абсолютной близости к значимому взрослому. В незнакомой обстановке, в новых ситуациях и на чужих людей они реагируют гораздо более боязливо и тревожно, чем можно было бы ожидать в данных обстоятельствах, и ищут телесной близости к значимому взрослому, просясь «на ручки» даже в школьном возрасте. При этом они полностью отказываются от того, чтобы исследовать свое окружение или приблизиться к новой интересной игрушке. Даже на руках у значимого взрослого они все еще выглядят боязливо-напряженными и недоверчивыми. На расставание со значимым взрослым они реагируют чрезмерным эмоциональным стрессом: они плачут, буйствуют, паникуют и становятся безутешными. Даже на непродолжительные расставания они реагируют бурным сопротивлением, цепляются за значимого взрослого и протестуют таким громким криком, что отделелить их от этого человека, как правило, не удается; значимый взрослый, со своей стороны, сам избегает расставания, по опыту зная, какой бурной будет эмоциональная реакция его ребенка.

Такое нарушение привязанности наблюдается у детей, матери которых страдают, например, тревожным расстройством с сильнейшим страхом потерь. Их дети должны быть для них надежной эмоциональной опорой, чтобы таким образом они сами могли психически стабилизироваться. Матерей

охватывает панический страх, если их дети ведут себя самостоятельно и временно расстаются с ними.

Чрезмерное цепляние похоже на поведение детей с паттерном ненадежно-амбивалентной привязанности; правда, описанная картина нарушений характеризуется крайними поведенческими реакциями ребенка, каких не бывает у детей с амбивалентным поведением.

В дошкольном или школьном возрасте дети с чрезмерными проявлениями привязанности бывают по-настоящему спокойны и довольны только в абсолютной, почти телесной близости к своему значимому взрослому или человеку, к которому они испытывают привязанность. Добровольно они почти не исследуют в игре свое окружение, как правило, не посещают ни детский сад, ни школу и не имеют контактов вне семьи. Хотя в Германии все дети обязаны ходить в школу, родители чрезмерно привязанных детей постоянно представляют справки от врача, так что такие дети часто годами не посещают школу и либо обучаются на дому под руководством самих родителей или частных учителей, либо вообще не учатся. При этом типе болезненной привязанности страх перед расставанием и потерей значимого взрослого носит генерализированный характер и, скорее, напоминает панические атаки с постоянным поиском близости и телесного контакта («цепляние»), даже у детей старшего возраста. Тем самым страх у них намного сильнее, а поиск близости – более выражен, чем, например, у детей с диагнозом «страх расставания» (МКБ-10 $F_{93.0}$). В то время как дети с таким расстройством привязанности чрезмерно цепляются за взрослого и ради успокоения даже в собственной квартире ищут непосредственного контакта с человеком, к которому испытывают привязанность, дети с диагнозом «страх расставания», как правило, боятся придуманных или реально предстоящих расставаний, но могут находиться в знакомой обстановке, не испытывая страха и тревоги.

Робкое поведение привязанности

В противоположность сильно преувеличенному поведению привязанности, эти дети сопротивляются расставаниям лишь незначительно или вообще не сопротивляются. Создается впечатление, что им трудно выразить свою привязанность человеку, с которым они чувствуют связь, что напоминает «тормозный» тип по классификации МКБ-10 $F_{94.I}$, и они обращают на себя внимание своим *чрезмерным приспособленчеством*. Призывы и приказы значимого взрослого они чаще всего выполняют сразу же и без протеста. При этом их позитивный эмоциональный обмен со значимым взрослым выглядит достаточно обедненным. Тем больше бросается в глаза, что в отсутствии значимого взрослого они могут более свободно и открыто выражать свои чувства в общении с посторонними лицами.

Это такие дети, которым, например, причинялись сильные телесные повреждения, с которыми жестоко обращались, которые выросли в семьях, где стиль воспитания характеризуется применением физической силы или угро-

зами ее применения, и они научились осторожно и сдержанно выражать свои пожелания привязанности человеку, к которому испытывают привязанность, так как, с одной стороны, они ожидают от него защиты и обеспечения безопасности, а с другой – боятся его из-за угроз применения силы.

Агрессивность в проявлениях привязанности

Дети с таким расстройством предпочитают строить свои отношения привязанности на основе физической и/или вербальной агрессии. Таким способом они выражают свое однозначное желание близости человеку, к которому испытывают привязанность.

Как правило, агрессивное поведение в отношениях и контактах выходит на первый план симптоматики, почему этих детей и направляют на диагностику и лечение в детские психиатрические амбулатории. Семейный климат отличается агрессивными формами поведения членов семьи. Причем речь необязательно идет о применении физической силы; это могут быть также вербальные и невербальные формы агрессии. На семейных сеансах терапевт сталкивается с высокой степенью агрессивного напряжения, которое члены семьи не воспринимают или отрицают, если посторонние люди обращают на это их внимание.

Такие дети выглядят «возмутителями спокойствия» в школьных классах и детсадовских группах, им часто ставят диагноз «агрессивное нарушение привязанности». Хотя эти дети и подростки устанавливают первые контакты необычным способом, а именно через агрессивные интеракции, они могут быстро успокоиться, как только привязанность начнет развиваться. Но это скорее исключение, потому что другие люди, как правило, отвергают их из-за агрессивного поведения и не понимают их желаний, связанных с привязанностью. Таких детей нужно отличать от детей с первично антисоциальными нарушениями поведения, у которых регуляторные нарушения гораздо более разнообразны и не ограничены только агрессивным интеракционным поведением.

Боулби указал на то, что отказ в удовлетворении первичной потребности ребенка в привязанности, которая обычно выражается в поисках близости, вызывает у него агрессию. Страх, что привязанность не возникнет или что развивающаяся привязанность будет вновь потеряна, через фрустрацию оставшихся без ответа желаний приводит к массированной активации поведения вплоть до борьбы за привязанность. Исходя из прошлого опыта общения с человеком, к которому он испытывает привязанность, и ожидая отказа, ребенок выражает свою потребность в привязанности в основном агрессивно и воинственно.

Привязанность, сопровождающаяся инверсией ролей

Для такого типа нарушения привязанности характерно положение, когда значимый взрослый и ребенок меняются ролями («парентификация»): в наблюдении ребенок предстает чрезмерно заботливым по отношению к человеку, к которому он испытывает привязанность, и берет на себя ответственность

за него. Из-за выполнения этой задачи он в значительной степени ограничивает собственное изучение окружающего мира или с готовностью отказывается от него в любое время, как только человек, к которому он испытывает привязанность, сигнализирует, что ему нужна помощь и поддержка. В поведении привязанности произошла инверсия отношений «родители – ребенок». Как в знакомом, так и в незнакомом окружении ребенок усиленно старается оставаться вблизи своего значимого взрослого. При этом он проявляет по отношению к нему дружеское расположение, чрезмерную заботу или контролирует его, «шпионит» за тем человеком, к кому испытывает привязанность. Бросается в глаза, какую необыкновенную чуткость проявляет ребенок и как он озабочен благополучием значимого взрослого.

Такие дети боятся реально потерять человека, к которому они испытывают привязанность, например, при грозящем разводе, угрозах одного из родителей покончить с собой или после попытки суицида. Если они действительно потеряли одного из родителей из-за того, что тот покончил с собой, их чрезмерно заботливое поведение с инверсией ролей может быть направлено на оставшегося родителя.

Поведение этих детей с инверсией ролей при поверхностном рассмотрении напоминает поведение детей с надежной привязанностью, которые путем проявления чуткости в «корректируемом целью партнерстве» также воспринимают и учитывают потребности человека, к которому испытывают привязанность. Различие в том, что социальное взаимодействие, например, между матерью и ребенком у детей с надежной привязанностью носит более интенсивный характер и более интерактивное, особенно со стороны родительского, поведения, что приводит к позитивному развитию ребенка, способствующему исследованию окружающего мира.

Нарушение привязанности с болезненными влечениями

Если ранний опыт депривации или нечуткий уход за ребенком вызывал у младенца сильный стресс, могут выработаться формы поведения, напоминающие манию, вплоть до поведенческих нарушений. Как правило, младенец или маленький ребенок сталкивается с тем, что ухаживающий за ним человек отвечает на его сигналы, например выражающие его желание близости, защиты и безопасности, не телесным контактом, а весьма недифференцированно, скажем, предлагая ему еду. В связи с этим ребенок очень быстро получит подкрепление в виде уменьшения ощущения стресса, но его первоначальная потребность так и остается неудовлетворенной. Поэтому он снова будет подавать сигналы требовательно и капризно, но при известных условиях ему снова предложат пищу. Так он будет все больше набирать вес и очень быстро выработает структуру пищевой зависимости. Зависимое поведение с годами может направляться и на другие объекты, которые на короткое время уменьшают стресс: это могут быть не только беспокойная и бесцельная деятельность,

игромания (видео- и компьютерные игры), трудоголизм в виде навязчивой одержимости учебой и работой, зависимые отношения, – но и зависимости от различных веществ: пищевая, алкогольная и наркотическая. Суррогат в виде болезненной страсти, заменяющий чуткого человека, к которому можно было бы привязаться и который регулировал бы напряжение возбужденной системы привязанности, может меняться в ходе судорожных поисков, формируя при этом все новые зависимости. Даже сопровождающийся болезненной страстью поиск новых, непродолжительных, в том числе и сексуальных отношений, но без настоящей эмоциональной связи, можно понять именно так. Преимущество объекта зависимости в том, что он, как правило, имеется в наличии в любое время или его можно легко достать и контролировать. Если же доступ к веществу, от которого появилась зависимость, заблокирован или невозможен, то возникает психический или физический – в зависимости от наркотика – абстинентный синдром.

Таким образом, человек вырабатывает патологическую привязанность к веществу, от которого он становится зависимым, как к суррогату реального человека, с которым у него могли бы быть тесные отношения привязанности. Эта форма нарушения привязанности очень трудно поддается лечению, потому что вещество, от которого возникла зависимость, как правило, бывает легче достать, и оно гораздо быстрее снижает стресс, чем человек, к которому испытываешь подлинную привязанность, потому что ее еще ведь нужно сформировать. Однако проблема состоит именно в нарушении привязанности, поскольку такие люди, как правило, очень боятся вступать в близкие взаимоотношения. Понятно, что при таком нарушении привязанности особую сложность представляют начало и организация терапевтического процесса, поскольку люди испытывают огромный страх, решаясь на терапию, и часто быстро прерывают ее.

Психосоматическая симптоматика[3]

Нарушения привязанности могут выражаться также в развитии психосоматических симптомов.

Из-за эмоциональной и телесной запущенности может произойти *задержка роста*. При ярко выраженном избегающем (вплоть до дистанцирования) отношении взрослого к ребенку, который испытывает к нему привязанность, рост ребенка может замедлиться или остановиться, несмотря на достаточный уход. Классический пример – раннедетская депривация и госпитализм. Большое диагностическое значение имеет тот факт, что «эмоциональная депривация» не является феноменом, ограничивающимся клиентурой из низших слоев. Она встречается во всех социальных слоях. Цель терапевтической работы с такими родителями – изменение их эмоционального отношения к ребенку. Если этот процесс оценивается как слишком длительный, такого ребенка помещают в другую среду, переводя его в другое учреждение, где ему создают качественно лучшую эмоциональную обста-

новку. Как следствие, запуск процесса развития привязанности оказывает влияние на рост тела, который снова становится заметен после временной остановки.

Если основной человек, к которому ребенок испытывает привязанность, в моменты сильного психического перенапряжения или даже психического заболевания, например послеродовой депрессии или психоза, реагирует слишком сильной тревожностью вплоть до параноидных проявлений, с быстрым чередованием и непостоянством состояний, с частично избегающим поведением и эмоциональной недоступностью в социальном взаимодействии (причем дело необязательно должно доходить до телесной запущенности), такое поведение может привести к нарушению привязанности, которое выходит далеко за рамки поведения детей с паттерном амбивалентно-ненадежной привязанности. Ребенок пребывает в состоянии сильнейшего эмоционального возбуждения вплоть до откровенного страха из-за непредсказуемости поведения матери. Она испытывает по отношению к ребенку преимущественно амбивалентные чувства. На основе этого аффективного напряжения в отношениях, особенно в младенческом возрасте, могут появиться психогенные симптомы, например: *нарушения пищевого поведения, крики и плач, а также нарушения сна* (Brisch, 1998a; Minde, 1995; Naslund et al., 1984; Sroufe, 1979; Sroufe & Rutter, 1984).

В поисках помощи такие матери сначала обращаются с просьбой провести клиническое обследование своих детей. В плане дифференциальной диагностики в первую очередь необходимо исключить все соматические причины, приводящие к задержке роста, например гормональные нарушения, а также все заболевания младенческого возраста, которые могут быть органической причиной необычной крикливости, нарушений сна и пищевого поведения. Однако если детский врач ищет лишь соматические причины, не думая о том, что, возможно, параллельно существует также эмоциональное коммуникативное расстройство, например в сфере привязанности, то он может упустить необходимые психотерапевтические шаги. Симптоматика легко становится хронической; это приводит к росту напряжения в социальном взаимодействии родителей с ребенком, например, если младенец постоянно ведет себя беспокойно. Образуется замкнутый круг, симптоматика может сохраняться и даже усиливаться.

Иногда матери в рамках послеродового диспансерного наблюдения обращаются к гинекологу, который должен распознать психическое состояние матери и затронуть в разговоре с ней те трудности, которые она испытывает со своим малышом.

При нарушениях привязанности в качестве симптоматики наблюдаются ярко выраженные психосоматические реакции в детском и подростковом возрасте, так что во всех случаях психосоматических расстройств рекомендуется провести диагностику привязанности, потому что ее нарушение может быть главным диагнозом, лежащим в основе остальных. Подобный

диагноз может звучать так: нарушение привязанности с психосоматической симптоматикой, например с нарушением пищевого поведения, недержанием мочи, нарушением сна. Психосоматические симптомы могут кодироваться как сопутствующее заболевание дополнительно к нарушению привязанности.

При диагностике взрослых пациентов научные выводы теории привязанности пока еще мало учитываются. Невозможно сказать, распространяются ли выявленные у детей категории патологических привязанностей и на взрослых. Правда, в отношении некоторых категорий пациентов с пограничными расстройствами такое предположение выглядит весьма вероятным (Holmes, 2004; Buchheim, 2008).

В работе со взрослыми пациентами следует учитывать, что в определенных жизненных ситуациях с помощью паттернов привязанности, считающихся нормальными (ненадежно-избегающий, ненадежно-амбивалентный), уже невозможно найти удовлетворительного решения возникающих проблем. Такие паттерны привязанности отличаются меньшей гибкостью, по сравнению с паттерном надежной привязанности. Следует также подумать о том, что может происходить декомпенсация паттернов надежной привязанности, если их стратегии не обеспечивают психического равновесия или адаптации (Köhler, 1998).

Можно предположить, что есть много клинических пациентов с признаками паттерна дезорганизованной привязанности, особенно при диссоциативных расстройствах, при множественном расстройстве личности и пограничном расстройстве (Liotti, 1992; Fonagy et al., 1995b, 1996a, 1997; Main & Morgan, 1996; Bromberg, 2003; Carrion & Steiner, 2003; Lyons-Ruth, 2008; van der Hart et al., 2008).

ПРОЦЕДУРЫ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИВЯЗАННОСТИ

Существуют различные диагностические возможности для измерения поведения привязанности, а также репрезентаций привязанности (Brisch, 2009b).

Выявление чуткости во взаимодействии родителей с ребенком

Нарушения в социальном взаимодействии родителей и ребенка лучше всего диагностировать с помощью видеозаписей и микроанализа. Можно записывать на видео ситуации взаимодействия матери или отца с ребенком, такие как пеленание, игра, кормление, а затем подвергать их анализу. Диагностика родительской чуткости по шкале Эйнсворт (Ainsworth, 2003) – это качественная оценка, которая при необходимости может быть дополнена микроаналитическими методами. С их помощью можно проанализировать и исследовать согласованность отдельных компонентов взаимодействия, такие как мимика, жестикуляция, прикосновения, зрительный и визуальный контакт как у ре-

бенка, так и у матери или отца (Esser et al., 1989). Нарушения чуткости и социального взаимодействия бывают предвестниками расстройств привязанности (Lyons-Ruth et al., 2002); они вырисовываются уже при наблюдении за ранним социальным взаимодействием родителей с ребенком.

Оценка качества привязанности младенцев и детей второго и третьего года жизни

Особенности развития привязанности анализируются с помощью разработанной Эйнсворт методики «Незнакомая ситуация» (Ainsworth & Wittig, 1969). Ее можно проводить начиная примерно с 12-го месяца и ее валидность сохраняется до 19-го месяца жизни ребенка. Она состоит в общей сложности из 8 эпизодов, каждый из которых может длиться не более 3 минут. Мать и ребенок сначала находятся в незнакомой игровой комнате. Затем подходит посторонний человек, и мать, которой стуком подают сигнал, покидает помещение. Так мать дважды на короткое время расстается с ребенком, а его поведение при воссоединении оценивается на предмет его реакции при возвращении матери. Результат этой оценки служит основой для качественной и количественной оценки форм поведения привязанности (более подробное описание методики «Незнакомая ситуация» дается в части I в подразделе «Понятие качества детской привязанности»).

Диагностика нарушений привязанности

Диагностический процесс всегда включает сбор подробного анамнеза о типе, продолжительности, начале, проявлениях, вариациях, условиях поведения ребенка, а также наблюдение за его поведением при общении с разными людьми, к которым ребенок испытывает привязанность, в ситуациях, связанных с исследовательской деятельностью (например, в совместной игре), и в специфических для привязанности ситуациях (например, при расставании), а также, по возможности, диагностическое описание детских травматизаций. Кроме того, требуется, чтобы ребенка обследовал детский врач, чтобы исключить физические заболевания как причину поведения, например неврологические расстройства или нарушения обмена веществ, которые могут приводить к задержкам в развитии или к девиантному поведению, что также можно наблюдать у детей с нарушениями привязанности.

Уже в возрасте 12 месяцев детям может быть поставлен диагноз «подозрение на нарушение привязанности», что делает необходимым дальнейшее наблюдение и новые обследования ребенка на втором году жизни. Поведение с нарушением привязанности проявляется уже в возрасте 12 месяцев в повседневных ситуациях, вызывающих беспокойство и тревогу (Brisch, 2002c). До сих пор нет никакого специфического инструмента для измерения нарушений привязанности. Поэтому диагноз «нарушение привязанности» преимущественно клинический. Методика «Незнакомая ситуация» может помочь валидизировать необычные клинические проявления.

Диагностика поведения привязанности в дошкольном возрасте

На основе методики «Незнакомая ситуация» Марвин и Бриттнер (Marvin & Brittner, 1995) разработали модифицированную методику «Незнакомая ситуация для детсадовского возраста». Здесь также ведется наблюдение за поведением ребенка, когда мать (или отец) дважды расстаются с ним, и оценивается поведенческое проявление привязанности ребенка при возвращении родителя и воссоединении. По результатам методики можно классифицировать типы привязанности как *надежный, ненадежно-избегающий, ненадежно-амбивалентный,* а также выделить различные патологические паттерны привязанности, в частности паттерн *дезорганизованной,* а также *навязчиво-контролирующей* привязанности. Оба эти паттерна рассматриваются как переходные формы между нормой и психопатологией. В ситуации расставания также можно наблюдать поведение с расстройством привязанности, которое можно соотнести с вышеназванными классификациями и типами нарушений поведения привязанности.

Диагностика поведения привязанности у детей детсадовского и младшего школьного возраста

Для детей с детсадовского возраста и до окончания начальной школы в качестве диагностического инструмента используют различные игры в кукольный театр. Вначале детям показывают истории с персонажами, включенными в отношения привязанности (Bretherton et al., 1990b). Затем, играя в куклы, дети должны завершить предварительно показанные им наброски сюжетов, дополнив их ситуациями, важными для привязанности: они должны рассказать и показать, как будет разворачиваться дальше разыгранная перед ними вначале история и как она закончится. На основе расшифровки протоколов наблюдателей или видеозаписи имеется возможность достоверно оценить поведенческие проявления привязанности ребенка. Немецкая версия методики «Завершение историй» была разработана и валидизирована Глогер-Типпельт и ее сотрудницами (Gloger-Tippelt et al., 2002).

Классификация привязанностей, которыми обладают значимые взрослые

Если нарушение привязанности развилось у ребенка из-за травм, нанесенных лицами, к которым он испытывает привязанность, следует по возможности обследовать и этих людей на предмет их позиций по отношению к привязанности.

Взрослых оценивают с помощью «Интервью о привязанности для взрослых» (Main & Goldwyn, 1982) или «Проективного теста на привязанность взрослых» (George, West & Pettem, 1999). Последняя методика уже используется в исследованиях, проводимых в Германии (Buchheim et al., 2003). Обе эти методики проверяют репрезентации привязанности у взрослых и позволяют отнести

их к категориям *надежной*, *ненадежно-амбивалентной*, *ненадежно-избегающей привязанности*, а также *непроработанной травматизации*. Для развития детей особенно важна категория непроработанной травматизации у человека, к которому ребенок испытывает привязанность, так как здесь была выявлена межпоколенческая связь с дезорганизованным поведением привязанности у ребенка.

Использование анкетирования в диагностике привязанности

Для детского возраста Бриш (Brisch, 2002a) разработал опросник для выявления особенностей привязанности. В пилотном исследовании, проведенном с использованием этого опросника, обнаружились позитивные взаимосвязи между пережитыми травматизациями детей и высокими показателями нарушений поведения (Kügel et al., 2003; Kroesen et al., 2003).

Для исследования типов привязанности взрослых существуют разнообразные инструменты в форме анкет и опросников. Иногда для оценки привязанности также комбинируют интервью и опросники (Buchheim et al., 1998; Brisch, 2002d; Pilkonis, 1988; De Haas et al., 1994; Höger, 2002).

Разработка скрининговых анкет

Вопрос о том, насколько опросники, с помощью которых родители предоставляют данные о поведении привязанности своего ребенка, могут быть использованы в качестве скринингового инструмента для раннего распознавания нарушений привязанности, например, на момент проведения профилактического обследования в возрасте 24 месяцев все еще остается предметом дискуссий (Kügel et al., 2003). Весьма вероятно, что с помощью поведенческих методик, интервью, а также проективных тестов учитываются другие конструкты привязанности, по сравнению с теми, которые выявляются при использовании анкет (опросников). И все-таки опросники могли бы быть полезными в качестве скрининговых инструментов, особенно для обследования детей.

Дифференциальная диагностика

Не следует ставить диагноз нарушения привязанности до 8-го месяца жизни, так как до этого возраста младенец часто испытывает страх перед чужими людьми; этот страх характеризует одну из стадий нормального развития. Для постановки диагноза необходимо, чтобы психопатологические особенности наблюдались на протяжении не менее 6 месяцев и в различных системах отношений.

Проблемы расстройств аутистического спектра можно спутать с паттерном нарушения с робким (заторможенным) поведением привязанности. Например, дети с ранним аутизмом также часто избегают визуального контакта, причем не только при встрече со значимым взрослым. Однако дети с симптомами аутизма, в противоположность детям с расстройством, для которого

характерно сдерживание привязанности, как правило не проявляют протеста при расставании, когда значимый взрослый покидает помещение.

Вообще легкие формы расстройств аутистического спектра нетрудно спутать с избеганием привязанности. Данные анамнеза о ходе развития нарушения поведения, а также о его проявлениях – в отдельных ситуациях или генерализованно – требуются для дифференциации и могут быть получены из клинического интервью с родителями в сочетании с дополнительными опросниками. Правда, для некоторых детей провести такое различие бывает трудно, и сделать это в ходе обследования может лишь человек, имеющий большой клинический опыт.

ЧАСТЬ 3

Психотерапия, основанная на привязанности (attachment-based psychotherapy)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СПЕЦИФИКА

Эта часть в первом издании данной книги была озаглавлена «Терапия привязанности». В новом издании этот заголовок был заменен. Далее будет разъяснено, почему было выбрано именно такое название: «*Психотерапия, основанная на привязанности* (*attachment-based psychotherapy*). Оно исходит из теории привязанности Джона Боулби; в психотерапии, основанной на привязанности, результаты фундаментальных научных исследований применяются для психотерапевтической работы с родителями, детьми, подростками и взрослыми, на них строятся и превентивные интервенции.

Психотерапия, основанная на привязанности, решительно отмежевывается от формы интервенции, которую часто называют (причем весьма неудачно) «терапией привязанности». Понятие «терапия привязанности» на момент выхода первого издания этой книги еще не получило широкого распространения, и потому его выбор еще не мог вызывать неправильных ассоциаций; однако в новом издании необходимо четко и однозначно разъяснить и разделить оба эти понятия: *психотерапия, основанная на привязанности,* и *терапия привязанности,* – хотя в Интернете их, к сожалению, часто путают.

Хотя так называемая «терапия привязанности» (attachment therapy) также основывается на теории привязанности, но нынешние описания практики ее применения полностью идут вразрез с теорией привязанности и даже диаметрально противоположны ей. Раньше для «терапии привязанности» использовалось широко распространенное понятие «поддерживающая терапия» (holding therapy). Для нее было типично следующее: детей всех возрастных категорий, прежде всего травматизированных приемных и усыновленных детей (а иногда и взрослых), которые по самым разным причинам сопротивлялись телесному контакту и эмоциональной привязанности, взрослые удерживали и, даже несмотря на отчаянное сопротивление, крики, неистовства, борьбу, а иногда

и телесные повреждения, силой побуждали к телесному контакту до тех пор, пока те в изнеможении не сдавались и не подчинялись их требованиям.

Такой подход в корне противоречит теории привязанности, особенно требованиям чуткости и внимания к сигналам ребенка для построения свободной от страхов надежной привязанности к ухаживающим за ним людям. Насилие над ребенком никогда – даже во имя некоей высшей цели – не может служить средством формирования привязанности ребенка к тем, кто удовлетворяет его насущные потребности. Внешне ребенок может прекратить сопротивление телесному контакту и подчиниться взрослому ввиду его физического и социального превосходства, потому что у него нет никакой другой возможности. Но внутренне он останется переполненным тревогой, страхом и сопротивлением, что как раз и может стать причиной нарушения привязанности.

Поэтому такой подход несовместим с теорией привязанности. В США сообщалось о многочисленных случаях смерти детей из-за таких насильственных интервенций, которые должны были способствовать развитию привязанности. В 2006 году рабочая группа Американского профессионального общества борьбы против жестокого обращения с детьми (*American Professional Society on the Abuse of Children* – APSAC), входящего в Американскую психологическую ассоциацию (*American Psychological Association* – APA), подробно разбиралась с «терапией привязанности», ее процедурой и агитационными стратегиями; эта рабочая группа подвергла все это резкой критике и отвергла как методику, несовместимую с теорией привязанности, и как форму жестокого обращения с детьми (Chaffin et al., 2006). Я разделяю эту точку зрения и считаю, что срочно необходимо провести широкомасштабное обсуждение «терапии привязанности», которая в последние годы появилась и в немецкоязычных странах.

ТЕОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ПРИВЯЗАННОСТИ

Теоретические соображения Боулби были сформулированы на основе его практического опыта и наблюдений. В предисловии к английскому изданию своей книги «Привязанность ребенка к родителям и развитие личности. Терапевтические аспекты теории привязанности» (Bowlby, 1983) он выразил сожаление, что до сих пор было сделано так мало попыток практического применения его теории, созданной для клиницистов, работающих в области диагностики и лечения пациентов с эмоциональными расстройствами и их семей. Он считал, что такое клинического применения теории привязанности позволило бы расширить наше понимание развития личности и психопатологии и обогатило бы методическую базу психотерапии (Strauß, 2008). Он также отмечал, что его теория до сих пор служила преимущественно для продвижения широкомасштабных научно-исследовательских работ в области психологии развития. Досадное неприятие и неприменение его теории клиницистами сам Боулби объяснял тем, что научные исследования, основанные на наблюдении пове-

дения, кажутся слишком «бихевиористски» ориентированными. Кроме того, по его мнению, клиницисты, как правило, люди очень занятые. И естественно, по этой причине они не спешат тратить дополнительное время на апробирование новой теории на практике, пока кто-нибудь другой клинически четко не докажет, что новая теория при ее практическом применении действительно могла бы улучшить и клиническое мышление психотерапевтов, и собственно терапевтические техники.

Теория психоанализа изначально исходила из того, что фокус лечения полностью центрирован на пациенте, так что ситуация лечения понимается скорее как «терапия одной личности». Если сам Фрейд наверняка работал также во взаимодействии с пациентом и с ориентацией на отношения, то сформулированное им положение, что психоаналитик должен быть «зеркалом» для пациента, привело его учеников, а впоследствии и почитателей психоанализа к тому, что в лечении долгое время преобладала монадная, ориентированная на пациента терапевтическая ситуация. Интеракционные взаимоотношения между пациентом и аналитиком, по крайней мере теоретически, отвергались. Потребовались продолжительные дискуссии, чтобы идеи сторонников теории объектных отношений о диадическом, интерактивном взаимодействии участников психоаналитического процесса, стали больше учитываться и в терапевтической ситуации, и в обучении кандидатов-аналитиков.

Этот спор и сегодня еще не закончен. Правда, представители интерактивного подхода к терапевтической ситуации получают большую поддержку благодаря результатам научных исследований младенцев. Младенец с самого начала ориентирован на социальное взаимодействие со своим первичным значимым взрослым и, кроме того, от природы наделен многочисленными, рано проявляющимися способностями к восприятию и к действию. Поэтому сегодня мы можем сказать: отношения между матерью и младенцем с самого начала строятся на взаимной основе (Dornes, 1993, 1997). Приходится признать за младенцем статус активного участника создаваемых между ним и взрослым отношений, который предполагает наличие у него способности к такого рода деятельности. Боулби наверняка был одним из тех представителей теории объектных отношений, которые хотели развивать ее дальше и исходили из интерактивного характера событий, происходящих между матерью и младенцем. Поэтому для него было само собой разумеющимся, что терапевтический процесс и терапевтические отношения представляют собой некое интерактивное событие, которое создается совместно и пациентом, и терапевтом. В этой теории уже нет места представлению о психоаналитике, который только отзеркаливает и ведет себя нейтрально в эмоциональном плане (Köhler, 1995, 1998).

Масштабные исследования, посвященные изучению процесса психотерапии (Orlinsky et al., 1994), показали, что отношения привязанности между пациентом и терапевтом (therapeutic bond) [1] с учетом всех прочих переменных, которые могут влиять на результат терапии, имеют решающее значение для со-

ставления прогноза лечения. Научные исследования психотерапии показывают пластичные взаимосвязи между качеством терапевтической привязанности и успехом терапии. Факторами, запускающими установление и сохранение терапевтической привязанности между пациентом и терапевтом, считаются «невысказанная аффективная согласованность» между ними, а также «эмоциональный климат». Хорошая терапевтическая привязанность оказывает влияние на готовность пациента открыться и ослабить защитные процессы и сопротивления. При этом за привязанностью вполне признается качество поддержки. Формирование привязанности рассматривается как принципиальное условие для эффективного использования терапевтических техник и анализа переживаний, возникших в рамках терапии. Установление и поддержание хороших терапевтических отношений привязанности между пациентом и терапевтом в течение длительного периода терапии, особенно при лечении пациентов, которые приходят на это лечение с личностными расстройствами и соответствующей тяжелой психопатологией, считается основным условием для того, чтобы вообще начать с ними продолжительный процесс терапии. При этом самоконгруэнтная, открытая, уважительная позиция терапевта имеет особое значение для установления привязанности между пациентом и терапевтом. Эти факторы очень напоминают базовые терапевтические способности и установки, необходимость которых уже давно подчеркивала клиенто-центрированная психотерапия (Finke, 1994; Rogers, 1973).

В этих хорошо согласующихся между собой результатах психотерапевтических научных исследований (Rudolf et al., 1988) прослеживается аналогия с теорией привязанности, для которой формирование привязанности между пациентом и терапевтом играет основную роль (Bowlby, 1995b). Привязанность, установившаяся в ходе раннего развития между матерью и ребенком, и связанные с ней исследовательские потребности и формы поведения могут быть перенесены на терапевтическую ситуацию. Правда, при этом нужно отдавать себе отчет в том, что в терапевтической ситуации никогда не бывает точного повторения того, что было пережито в исходной ситуации, а реинсценируются переживания, уже измененные последующим опытом.

Можно предположить, что в терапевтических отношениях, благодаря изменениям аффектов, когниций и поведения, вызревают также репрезентанты самости и объектов пациента. Согласно Боулби, формирующаяся у ребенка внутренняя рабочая модель (inner working model) самости и объекта привязанности и репрезентация привязанности взрослого может измениться под влиянием нового опыта привязанности (Bowlby, 1975, 1976). По Боулби, внутренняя рабочая модель строится на актуальных переживаниях самости в процессе взаимодействия со значимыми объектами привязанности. Высказывается мнение, что у ребенка может быть несколько внутренних рабочих моделей, особенно если был интернализован противоречивый опыт привязанности, например конфликтных отношений привязанности с матерью и избегающих – с отцом (Buchheim et al., 1998; Köhler, 1998).

По своему клиническому опыту я знаю, что для проработки психических расстройств можно использовать фокусировку на привязанности. Основные темы могут затрагивать такие сферы, как привязанность, расставание и потеря, а также исследовательское поведение. Опора на теорию привязанности – основная предпосылка психотерапевтической работы, причем привязанность можно рассматривать как общий фактор для всех методов терапии. Исходя из положения, что терапевт представляет собой «надежную базу» (secure base; Bowlby, 1995b, 1988), другие, кажущиеся самостоятельными аспекты эмоциональных расстройств, например нарушения динамики влечений или поведения, могут прорабатываться или последовательно, или параллельно.

Я убедился на опыте, что без надежной базы, то есть без надежных отношений привязанности между пациентом и терапевтом, проработка аффективно нагруженных динамических конфликтов влечений почти невозможна. Терапия конфликтов влечений может вызывать у пациента сильные страхи. Он ищет в терапевте человека с надежной привязанностью, чтобы с его помощью справиться со своими страхами и тревогами. Если терапевт, предоставляя надежную базу, готов принять на себя страхи пациента, то конфликт может быть проработан. Без этой надежной базы страхи и тревоги часто становятся невыносимыми для пациента, поэтому ему приходится прибегать к различным формам сопротивления и защиты. Однако подсознательно пациент продолжает желать, чтобы терапевт создал в отношениях с ним надежную базу, где он смог найти эмоциональную опору для победы над своим страхом.

ТЕХНИКА ЛЕЧЕНИЯ

Сам Боулби в различных выступлениях разъяснял возможности терапевтического применения своей теории привязанности. Они обобщены в книге «Привязанность ребенка к родителям и развитие личности. Терапевтические аспекты теории привязанности» (Bowlby, 1995b).

Общие положения психотерапии взрослых

Когда пациент приходит на прием к терапевту, он обеспокоен своими проблемами и переполнен страхом и тревогой. Терапевт должен понимать, что система привязанности пациента в большей или меньшей степени активирована. Всеми доступными ему способами он будет искать человека, к которому можно было бы испытывать привязанность, привлекая для этого и поведение, искаженное соответствующими нарушениями и расстройствами.

Мой опыт психотерапии взрослых привел меня к убеждению, что терапевт, применяющий теорию Боулби, должен учитывать следующее:

- В своем заботливом поведении терапевт должен дать возможность ищущему помощи пациенту с активированной системой привязанности обратиться к нему и быть доступным для него во временно́м, пространственном и эмоциональном измерении.

- Терапевт должен служить надежной базой, на которую можно положиться и опираясь на которую пациент может проработать свои проблемы в условиях эмоциональной безопасности[2].
- Принимая в расчет разные паттерны привязанности, терапевт должен проявлять гибкость в управлении своей близостью с пациентом – как в реальном взаимодействии, так и в организации сеттинга.
- Терапевту следует поощрять пациента, чтобы тот задумывался, какие стратегии привязанности он в данный момент использует в своих отношениях с важными референтными лицами.
- Терапевт должен побуждать пациента к тщательной оценке терапевтических отношений и сам также должен делать это, поскольку в них отражается восприятие любых отношений, на которые наложили свой отпечаток репрезентанты самости и репрезентанты родителей.
- Пациента нужно осторожно попросить, чтобы он сравнил свои нынешние восприятия и чувства с теми, которые он испытывал в детстве.
- Нужно помочь пациенту осознать, что его болезненный опыт привязанности и отношений и возникшие на основе этого искаженные репрезентанты самости и объектов, видимо, уже не годятся для того, чтобы в теперешней жизни справляться с выстраиванием важных отношений, то есть устарели[3].
- При осторожном расторжении терапевтического союза терапевт образцово ведет себя в ситуации расставания. Инициативу расставания отдают пациенту. Его поощряют вербализировать свои страхи перед расставанием, с одной стороны, и свое любопытство, связанное с освоением путей новой жизни без терапии,– с другой, а также побуждают к началу самостоятельных действий. Расставание, форсируемое терапевтом, могло бы быть воспринято пациентом как отвержение. Физическое расставание не равнозначно потере «надежной базы». Сохраняется возможность в случае необходимости снова обратиться к терапевту.
- Досрочные пожелания расставания и/или большего дистанцирования, высказываемые пациентами с паттерном избегания привязанности, могут быть вызваны тем, что терапевт предлагал им слишком большую эмоциональную близость, которую пациент еще не мог выдержать и воспринимал как угрозу.

Эти аспекты терапевтической техники основаны на интеракционном подходе, согласно которому ситуация раннедетского социального взаимодействия между матерью и ребенком может быть перенесена на терапию взрослого. При этом очень важная роль в установлении терапевтических отношений отводится привязанности, которая рассматривается как центральная переменная терапевтического процесса. Поскольку пациенты с нарушениями социальных отношений, как правило, не приносят в отношения с терапевтом безопасно-автономную стратегию привязанности, центральная задача терапевта – стать

надежной базой для пациента. Для этого требуется очень большая чуткость и эмпатия, а также необходимость настроиться на искаженные потребности в привязанности и на вытекающее из них часто причудливое интеракционное поведение пациента. Такие терапевтические установки в равной степени относятся к детям, подросткам и взрослым. Те качества, о которых говорила Эйнсворт: чуткость в восприятии сигналов пациента и способность к правильной интерпретации и адекватной и быстрой реакции на эти сигналы,– не только помогают формированию привязанности между матерью и ребенком, но и могут быть перенесены непосредственно на терапевтическую ситуацию.

Даже если пациент сначала и не видит связи своего ведущего симптома, например нарушения сна, с какими-то аспектами взаимоотношений, достаточно быстро выясняется связь этого симптома с некими констелляциями отношений, в которых терапевт распознает существенные факторы, вызывающие или поддерживающие симптоматику.

Весьма вероятно, что терапевту будет очень трудно выполнить рекомендацию Боулби, который призывал говорить с пациентом о его нынешних и прежних формах отношений с важными референтными лицами. Хотя пациент и приходит на терапию с более или менее осознанным намерением обсудить проблемы и трудности своих взаимоотношений, его подсознание сопротивляется этому желанию из-за страха затронуть болезненные темы и конфликты. Именно поэтому очень важно, как терапевт построит терапевтические отношения.

Боулби исходит из предположения, что в терапевтических отношениях переноса вновь активируются раннедетские репрезентанты самости и родителей с соответствующими паттернами привязанности и стратегиями исследовательского поведения.

Выделяя в терапии опыт переживаний, связанных с отношениями и особенно с привязанностью, можно проанализировать и понять ранние репрезентанты самости и объектов пациента. В этом смысле Боулби открыто выступает как психоаналитик и представитель теории объектных отношений. Порой даже нечуткие формы поведения терапевта могут оказывать целительное воздействие, если пациент реагирует на них, а терапевт серьезно относится к его реакциям, рассматривая их как реальное восприятие пациента и не прибегая к толкованию переноса с защитных позиций (см.: Thomä & Kächele, 1985, S. 64–82). Последнее означало бы, что терапевт отрицает реальные восприятия пациента, связанные с его (терапевта) нечуткими формами поведения, и относит их к раннедетским переживаниям пациента. Тем самым упускается шанс проанализировать проявившиеся в актуальном терапевтическом взаимодействии реальные переживания привязанности. Требование Боулби осторожно указать пациенту на то, что здесь и сейчас вновь ожили чувства из раннего детства, полностью соответствует представлению о подобающем и чутком обращении с тем материалом, который пациент предъявляет в терапии. Отсылающие к детству интерпретации, в которых реальное восприя-

тие пациентом пережитых обид отвергается поведением терапевта в текущий момент времени, служат для защиты терапевта, чувство собственной значимости которого подвергается опасности из-за критики пациента. Без сомнения, подобные интерпретации в значительной степени неприятны пациенту и ведут к ослаблению терапевтического альянса. Они даже могут послужить причиной для прерывания терапии, поскольку первичные потребности пациента в привязанности остались без внимания. В такой ситуации пациент может действительно пережить повторение своих вредных раннедетских паттернов привязанности.

Со временем лечение помогает пациенту добраться до своего болезненного опыта привязанности и отношений, если он начинает лучше видеть свои собственные аффекты, такие как ярость и печаль. Он ощущает, как эти раннедетские переживания порождают неизменные репрезентанты самости и объектов, которые и по сей день накладывают, за счет искаженного восприятия, отпечаток на его отношения с людьми и сопровождаются деструктивными взаимодействиями. Боулби отмечал, что в раннедетском развитии возникает агрессия, если потребности ребенка в привязанности или в исследовании окружающего мира не удовлетворяются адекватным образом. Такое представление полностью созвучно теории агрессивности Паренса. Он различает, с одной стороны, доброкачественную, здоровую агрессию, направленную на столкновение с миром (она очень тесно связана с исследовательской деятельностью), и, с другой стороны, деструктивную агрессию, причину которой он видит в тяжелых раннедетских фрустрационных переживаниях (Parens, 1993b).

Общие положения психотерапии детей и подростков

Указания Боулби нужно модифицировать следующим образом для проведения психотерапии с детьми.

- Детский терапевт должен проявлять доброжелательное внимание, быть надежной психической и физической базой для ребенка, чтобы между ними могли развиться надежные отношения привязанности, даже несмотря на исходно нарушенную привязанность ребенка.
- Терапевт обеспечивает атмосферу игры, которая как через непосредственное взаимодействие, так и через наблюдение символических игровых действий способствует получению важного материала, касающегося пережитых ребенком отношений с прежними значимыми для него лицами.
- Терапевт интерпретирует свои важные для отношений привязанности взаимодействия с ребенком или вербально, или путем участия в символической игре.
- Терапевт поощряет возникающие в переносе эмоциональные высказывания ребенка, относящиеся к различным аспектам привязанности, и сопоставляет их с прошлыми переживаниями привязанности ребенка, о которых ему тем или иным способом удалось узнать.

- Терапевт, благодаря новым переживаниям надежной привязанности, обеспечивает ребенку условия, в которых он получает возможность освободиться от прежних паттернов деструктивной ненадежной привязанности и сформировать надежную привязанность.
- Терапевт должен осторожно расторгать терапевтический альянс, чтобы это послужило образцом для будущих расставаний. Расставание должно инициироваться пациентом и/или его родителями; это делает его гораздо менее похожим на отвержение со стороны терапевта. Физическое расставание не равнозначно потере «надежной базы», потому что для ребенка и для родителей сохраняется возможность при необходимости снова обратиться к терапевту.

В детской психотерапии особо остро ощущается необходимость в создании терапевтом надежной базы привязанности для ребенка, проходящего терапию, потому что по возрасту он гораздо ближе к раннедетскому процессу. Чем младше ребенок, тем больше он зависит от *реального* значимого лица. Терапевт должен еще в большей степени, чем в случае со взрослым пациентом, своим физическим присутствием служить надежной базой ребенку. Чуткое интеракционное поведение терапевта имеет здесь решающее значение. Дети гораздо честнее и непосредственнее взрослых, которые могут подходить к построению отношений рационально, создавая их для видимости. Если потребности детей в привязанности остаются без ответа во время начальных сеансов терапии и их должным образом не учитывают, терапия, как правило, вообще не получается или прерывается после нескольких сеансов.

В детской терапии игровое поведение ребенка направляется на важный для привязанности материал, на расставания и исследовательское поведение. В зависимости от возраста ребенка и терапевтической ориентации детского психотерапевта можно обращаться к важным для привязанности игровым взаимодействиям между ними или напрямую, посредством вербальной коммуникации, или через интерпретацию совместных игровых действий. Масштаб такой конфронтации или вербально затронутых и прямо сформулированных тем, связанных с привязанностью, зависит от возраста детей и их когнитивных способностей. Как правило, дети и сами могут заговорить о переживаниях, связанных с привязанностью, как в отношении переноса, так и касаясь реальных переживаниях привязанности из своего прошлого. Если эти переживания слишком пронизаны тревогой, страхами и агрессией, то, по моему опыту, нужно действовать очень осторожно. Из-за слишком ранних интерпретаций и толкований еще не столь надежные отношения привязанности между пациентом и терапевтом могут не выдержать под мощным напором аффектов, связанных с этими переживаниями.

Прерывание терапии в конце сеанса, на выходные дни или в случае отпусков и болезней ведет к активации системы привязанности. В детской терапии в ситуациях расставания дети могут брать с собой игрушки из поме-

щения, где проводится терапия, которые могут использоваться как полезные переходные объекты (Winnicott, 1976b), символически замещающие терапевта и терапевтические отношения. Некоторые дети просят прислать им открытку или отправлять им открытки на регулярной основе как доказательство того, что терапевт как человек, к которому ребенок испытывает привязанность, не потерян из-за расставания.

Большую роль играет сопровождающая лечение детей психотерапия родителей или значимых лиц. Так как ребенок может реализовать свои успехи, достигнутые в терапии, лишь в той степени, в какой родители в состоянии принять и благожелательно, с пониманием развивать их, терапевт должен информировать родителей о своем терапевтическом подходе, терапевтическом понимании, о лежащей в основе лечения теории и об ожидаемых этапах лечения и изменения ребенка. Здесь следует учитывать те же аспекты психотерапии, основанной на привязанности, что и при лечении взрослых. Поэтому детский терапевт должен создать позитивную терапевтическую привязанность не только с ребенком, но и с родителями, стать им надежной базой. Если отношение терапевта к ребенку или изменение симптоматики ребенка приводят родителей в замешательство, если они чувствуют отвержение со стороны терапевта или сами отвергают его, лечение рано или поздно закончится неудачей, потому что в этих случаях родители склонны из страха прерывать терапию. Относясь с большой чуткостью к потребностям родителей в привязанности (а у матери и у отца они вполне могут быть разными), терапевт должен и для них создать надежную в эмоциональном плане базу, опираясь на которую, они смогут в ходе сопутствующей терапии (терапии родителей) обсудить собственные обиды, оскорбления, переживания потерь и расставаний в истории своей жизни. При этом, как правило, большое значение имеют также потребности в привязанности и исследовательской деятельности в рамках отношений родителей между собой. Если в их семейной общности или партнерстве нет хорошей интеграции, может произойти перенос желаний и потребностей привязанности одного из родителей (супругов или пар, живущих в гражданском браке) на ребенка, и ему может быть навязана функция заместителя супруга (или партнера). Аналогичные желания переноса могут быть направлены и на терапевта.

Дополнительные соображения

В лечении пациентов с нарушениями привязанности важно идти навстречу отвергнутым потребностям в привязанности, а не толковать поведение пациентов только в смысле регрессии и сопротивления (Köhler, 1992). Для этого терапевтам необходимо знать спектр паттернов привязанности. Только так они смогут распознать важные нарушения поведения привязанности. Причем особое внимание нужно уделять реальным переживаниям расставаний и потерь.

Необходимо учитывать смену людей, к которым ребенок испытывал привязанность в первые годы жизни, а также неустойчивое и амбивалентное поведение ухаживающего за ребенком значимого взрослого, потому что это могло наложить свой отпечаток на актуальный паттерн привязанности пациента.

Нарушения, выражающиеся в избегании привязанности, предъявляют высокие требования к терапевту, потому что он, с одной стороны, должен подобающим образом удовлетворить отвергнутые потребности в привязанности и с осторожностью интерпретировать их, а с другой стороны, ему нужно учитывать обусловленную этими нарушениями потребность пациента в дистанцировании, из-за чего удовлетворение его отвергнутых потребностей в привязанности может сопровождаться слишком большой эмоциональной близостью, которая, в свою очередь, могла бы представлять угрозу для терапевтических отношений и привести к прерыванию терапии.

В лечении пациентов с амбивалентным нарушением привязанности, наряду с надежным, предсказуемым эмоциональным присутствием терапевта, особое значение придается ясности и структурированности сеттинга с установлением четких рамок. Терапевту не стоит без надобности активировать систему привязанности таких пациентов, меняя временную структуру сеттинга, например перенося время терапевтических сеансов, отменяя их или начиная терапевтические сеансы с опозданием по собственной вине.

Пациенты, как правило, ожидают, что их потребности в привязанности не будут удовлетворены в терапии и что рано или поздно их ждут разочарования. Хорошо зарекомендовала себя такая практика, когда дружелюбное внимание и эмоциональная близость предлагаются пациенту в той «дозе», которую он может сам регулировать, например, участвуя в определении частоты сеансов.

Особое внимание нужно уделять также ситуациям, важным для привязанности и расставания. К ним относятся начало и конец сеанса, перерывы в лечении из-за выходных, отпуска или болезни. Важно также окончание лечения и его возобновление по прошествии какого-то времени. Именно в этих ситуациях активируется потребность пациентов в привязанности, а вызванные этим аффекты становятся доступны для проработки.

Наряду с фокусировкой на переживаниях, важных для привязанности, в центре внимания находится также сторона, связанная с исследовательской деятельностью. Ранние потребности ребенка в исследовании окружающего мира также могли быть ограничены, искажены или даже нарушены в социальном взаимодействием с матерью и другими важными референтными лицами. Например, причиной нарушения исследовательского поведения может быть отсутствие надежной привязанности матери или ее психическое расстройство. Из-за родительской психопатологии может возникнуть ситуация, когда этот больной буквально «приковывает» ребенка к себе. Родительские страхи не дают ребенку никаких возможностей исследовать окружающий мир.

Потребность в исследовании также рано или поздно активируется в психотерапевтическом взаимодействии. Если терапевт не признает необходимости исследовательской деятельности для пациентов, их поведение легко можно истолковать как сопротивление проработке, как ажитирование* или избегание отношений переноса. Терапевт, знающий о взаимосвязи привязанности и исследовательского поведения, задумается над тем, можно ли радость пациента от исследовательской деятельности рассматривать как указание на укрепляющуюся надежную базу. Он поддержит пациента в радости, которую тот получает от возможности исследовать окружающий мир и приобретать новый опыт, и не будет расценивать такое поведение пациента как форму сопротивления или результат защиты.

Спектр всевозможных форм исследовательского поведения весьма велик не только у детей, но и у подростков и взрослых; он может включать, например, посещение программ личностного роста, как индивидуальных, так и групповых или сочетающих индивидуальный и групповой опыт поиска самости. Но такими вариантами исследовательской деятельности могут быть и путешествия, отпуск и перерывы в терапии для проведения в жизнь собственных «задумок». Многие терапевты и целые терапевтические школы требуют, чтобы пациенты всегда соотносили свой отпуск с планами терапевта. Любое отступление от этого правила расценивают как форму сопротивления и, соответственно, лечат его. Не отрицая, что в отдельных случаях это может быть именно так, следует сказать, что порой в таких случаях упускают из виду здоровую часть пациента, занимающегося исследовательской деятельностью. Позиция, которая при формировании сеттинга с самого начала оставляет пациенту возможность выбора частоты проведения сеансов, перерывов на отпуск и т. п., дает больше шансов для анализа реципрокных отношений между привязанностью и исследовательской деятельностью, чем терапевтический сеттинг, задающий жесткие правила и частоту проведения сеансов. Такой подход хорошо зарекомендовал себя прежде всего при лечении юношей и девушек, потому что у них в терапии на первый план выходит автономия исследовательской деятельности, иногда за счет отрицания потребностей в привязанности.

Пока еще не ясно, доминирует ли в терапевтической ситуации рабочая модель, которая преимущественно активируется в отношениях с другими людьми и определяет поведение в межличностном взаимодействии, или же в зависимости от ситуации переноса активируется рабочая модель матери или отца. Кёлер (Köhler, 1998) предполагает, что имеется некая иерархия рабочих моделей. Однако остается открытым вопрос, не могут ли в дальнейшей жизни наряду с «доминантной» рабочей моделью снова проявляться также и «рецессивные» рабочие модели. Представление о том, что могут существовать «более здоровые», но отошедшие на задний план паттерны привязанности, очень важно для терапии, поскольку они могли бы быть реактивированы

* Ажитирование – *здесь:* попытка пациента найти своим неосознанным конфликтам быстрое мнимое решение в окружающей действительности. – *Прим. пер.*

в терапии и их не нужно было бы полностью создавать заново в терапевтических отношениях (Köhler, устное сообщение). Другие проблемы могут возникнуть в случае, когда пациенты формируют две противоречивые или недостаточно иерархически организованные рабочие модели одного и того же значимого для них человека[4], как это было описано Бретертоном (Bretherton, 1995, 1998) на материале исследования детей, испытавших на себе действие неустойчивых межличностных отношений. С точки зрения теории привязанности, будет мало смысла в стремлении докопаться до сути «свободных ассоциаций» таких пациентов, не проработав неустойчивость их мыслительных процессов и их причину (см. также: Köhler, 1998).

Терапевтическая надежная база привязанности создает возможность для аффективного «нового начала» (Balint, 1973, S. 87 и далее), или «корригирующего эмоционального опыта» (Alexander & French, 1946, S. 66). Она представляет собой основное условие для проработки старых паттернов привязанности с нарушением адаптации.

Можно поспорить о том, действительно ли с помощью описанных терапевтических подходов можно добиться у пациента изменения вплоть до репрезентации надежной привязанности. Пока еще было проведено слишком мало исследований, выясняющих, может ли ненадежная или дезорганизованная привязанность в ходе психотерапии быть преобразована в паттерн надежной привязанности, например, за счет приобретения нового корригирующего опыта привязанности, то есть приобретенной позднее надежной репрезентации привязанности[5]. Похоже, в пользу справедливости этого утверждения говорят врачебные отчеты о лечении, при котором с помощью «Интервью о привязанности для взрослых» были выявлены соответствующие изменения, а также приводимые далее примеры терапевтических случаев (см. также: Fonagy et al., 1996a).

ЧАСТЬ 4

Примеры из клинической практики

Так как развитие привязанности и нарушений привязанности – это процесс, охватывающий весь жизненный путь, я в качестве примеров последовательно представлю показательные случаи из практики, начиная с периода, предшествовавшего зачатию и беременности, и далее через младенческий, детский, подростковый возраст вплоть до взрослого возраста.

Из дидактических соображений я сосредоточусь на понимании болезни с точки зрения динамики привязанности и на рассмотрении социального взаимодействия между пациентом и терапевтом[1]. Возможны также и другие психодинамические объяснения возникновения нарушений и хода лечения, основанные на других теоретических подходах, и я покажу их на некоторых конкретных примерах[2].

ПРЕКОНЦЕПЦИОННОЕ НАРУШЕНИЕ ПРИВЯЗАННОСТИ

Нереализованное желание забеременеть – боязнь привязанности к воображаемому ребенку

Страх перед тесной связью с воображаемым ребенком может быть таким сильным, что, несмотря на выражаемое женщиной страстное желание иметь ребенка, беременность не наступает. Следующий пример описывает такой случай.

Первичное знакомство и симптоматика

Г-жа А. звонит мне по телефону и спрашивает, есть ли у меня свободное время для проведения психотерапии. Ее запрос срочный, она ожидает определенного ответа. У меня создается впечатление, что я не смогу вести с ней по телефону переговоры о глубинных причинах ее звонка, о возможностях терапевтического сеттинга или времени ожидания; она ждет конкретного «Да!» или «Нет!». Я уступаю ее настойчивости и предлагаю время для нашей первой встречи.

На первую беседу приходит молодая женщина с модной короткой стрижкой, спортивно одетая и производящая впечатление изящества и грациозности. Она с самого начала извиняется, что подготовила в письменном виде целый список вопросов, на которые очень хотела бы получить от меня ответы.

Причина, по которой она пришла на консультацию, – это нереализованное желание иметь ребенка. Женщина рассказывает, что уже пять лет страдает от того, что все эти годы хочет ребенка, но пока все многочисленные медицинские подходы, включая экстракорпоральное оплодотворение и лечение гормональными препаратами, так и остались безуспешными. А теперь по рекомендации своего гинеколога она обратилась за психотерапевтической помощью, но относится к этому очень скептически. Этот скепсис я явственно чувствую в ее жестикуляции и мимике, но одновременно ощущаю также нажим и претензии ко мне с ее стороны. Ее манеры держать себя и изложенные в письменной форме вопросы создают определенную дистанцию, как если бы она хотела по полной программе использовать меня и мою психотерапевтическую компетенцию, но при этом не вступая со мной ни в какие отношения.

Анамнез

Г-жа А., 27 лет, контролируя каждое свое слово и весьма отстраненно, сообщила, что уже пять лет страстно хочет иметь ребенка. Она замужем шесть лет; счастлива ли она в браке – этот вопрос она пока оставила открытым. Отношения с мужем, по ее словам, складываются без проблем, они хорошо распределили повседневные обязанности; ее муж работает по технической специальности, он надежный и правильный; она, собственно говоря, не может на него пожаловаться. Ей самой в течение последних пяти лет удалось добиться огромного профессионального и карьерного роста. В профессиональной сфере она своим трудом обеспечила себе руководящую должность, на которой, по ее собственным словам, работала с большой компетентностью и радостью. Говоря это, она казалась очень оживленной; чувствовалось, что она «душой и телом» погружена в свою профессию. Но вместо карьеры она, по ее словам, всегда хотела ребенка. Из-за общего разочарования от нереализованного желания иметь ребенка она в конечном итоге всю свою энергию вложила в профессиональный рост; это хотя бы позволяло ей испытывать удовлетворение и добиваться успехов.

Г-жа А. была самой младшей из трех дочерей. Сестры были старше ее: одна – на 4 года, другая – на 6 лет. Она была поздним ребенком и, как она выразилась, «уже не вписывалась» в профессиональные планы своей матери. Ее мама была весьма успешна и очень рано стала оставлять детей на попечение разных нянек, чтобы «не уступать своих позиций» в профессии. Первая няня г-жи А., по ее словам, была для нее «самой любимой». Но когда пациентке исполнилось три года, няня вернулась на работу по своей основной специальности. Поэтому маленького ребенка, каким тогда была г-жа А., пришлось отдать в детский сад, где она проводила целый день. До сих пор она вспоми-

нает о своей первой няне и радуется, когда та иногда приходит к ней в гости на день рождения. Отношения с матерью г-жа А. характеризует как «хорошо функционирующие». Общий климат в семье отличался тем, что все было структурировано и организовано так, чтобы можно было совмещать школу, профессию, домашнее хозяйство и детей. Отец был «настоящим другом и товарищем», который брал ее с собой на занятия спортом. Спорт для нее всегда был очень важен. В детстве она даже получала награды за победы на соревнованиях, чему ее отец был очень рад.

Детский сад и школу она описывала как «беспроблемные». До сих пор она, по ее словам, злится, что, несмотря на хорошие начальные результаты в гимназии, получила лишь «аттестат о неполном среднем образовании». «В период полового созревания я как-то сбилась с пути»,– заявила пациентка. Она сообщила, что тогда очень страдала из-за отсутствия «постоянной компании», а своим старшим сестрам она очень завидовала, потому что у них был большой круг друзей. Отношения с сестрами были, скорее, поверхностными, «они были гораздо старше и жили в своем собственном мире». В возрасте 18 лет она познакомилась со своим нынешним мужем и очень рано вышла замуж. До сих пор она, по ее словам, ценит в нем его четкость и надежность: «Он знает, чего хочет». Проблемы, связанные с сепарацией и разрывом с родительским домом, в том виде, как она наблюдала их у некоторых соучениц во время учебы, ей, по ее словам, совершенно чужды. Еще в детстве она мечтала о том, чтобы «как-нибудь объездить весь свет». А что при этом можно было бы заскучать по дому, ей даже в голову не приходило.

Соображения относительно динамики привязанности

Остается открытым вопрос о том, была ли г-жа А., третья дочка, да еще и «последыш», желанным ребенком для своих родителей. Самые интенсивные ранние отношения были у нее, несомненно, с первой няней, с которой она еще и сегодня поддерживает контакт и ощущает эмоциональную связь. Отношения с матерью, с точки зрения теории привязанности, описываются, скорее, как отстраненные, вплоть до амбивалентных. С отцом через совместное участие в спортивных мероприятиях и спортивные достижения установились более эмоциональные отношения, в которых она получила признание, подкрепившее ее самоценность. Однако в общем и целом отношения с родителями и сестрами характеризуются, скорее, как «функционально» организованные, то есть структурированные и соответствующие четким правилам и нормам достижения определенных результатов. Сомнительно, чтобы г-жа А. могла когда-либо сформировать надежную базу в отношениях с родной матерью, отцом или сестрами. Упор в ее раннем развитии делался на достижениях. На первый план выходила исследовательская деятельность в отличие от эмоциональной привязанности. Однако в период полового созревания оказалось, что пациентка при растущей потребности в автономии, вызванной пубертатным периодом, все-таки очень страдала от одиночества, ей не хватало

принадлежности к какой-либо молодежной группе и эмоциональной привязанности. В конце концов принцип «исследовательская деятельность вместо привязанности» уже невозможно было удержать в сфере достижений. Дело дошло до неуспеваемости в школе и получения свидетельства об окончании лишь неполной средней школы, что было явно ниже уровня интеллектуальных способностей пациентки. Благодаря отношениям с будущим мужем, который, став для нее надежной базой, дает ей ясность, структуру, а в некотором роде и эмоциональную безопасность, пациентке удается стабилизироваться и сделать профессиональную карьеру, что весьма удивительно в ее возрасте. Выбор ею профессии в социальной сфере также может быть понят таким образом, что здесь она реализует собственные ранние эмоциональные желания и потребности в получении заботы, поддержки, защиты и защищенности. Уже в начале своего брака пациентка колеблется между очень интенсивным желанием иметь детей и желанием профессиональной самореализации. Она вместе со своим мужем более или менее последовательно использует все технически осуществимые возможности и решения, чтобы таким путем «сделать ребенка». При этом создается впечатление, что как в отношениях с представителями репродукционной медицины, так и при первичном установлении контакта со мной, «искусство возможного» полностью выходит на первый план. Кажется, что она очень боится установления действительно эмоциональных отношений, которые не сможет контролировать своими вопросами, разумом или четким структурированием. Чувства пустоты, печали, а также ярости и разочарования высказываются пациенткой, скорее, походя или чувствуются в контрпереносе. Правда, вначале в контрпереносе на первый план в гораздо большей степени выступал тот факт, что пациентка испытывает сильное давление, а также что ей хотелось бы «использовать и контролировать» меня самого, чтобы реализовать свое желание иметь детей. При этом она наверняка вообще не осознает, как это желание иметь детей, которое она назвала самым главным для себя, выдает, что она сама хочет еще раз стать ребенком, еще раз пережить свою собственную тоску по защите, надежности и защищенности – в конечном итоге, по «надежной эмоциональной базе». Эмоциональное отношение к мужу описывается больше как «функциональная надежность». Ее половая жизнь отличается не столько спонтанной эмоциональностью, сколько структурной и ориентирующейся на календарь сексуальностью, направленной на желание иметь детей.

С точки зрения классических психоаналитических подходов, я расценил бы эту психодинамику таким образом: пациентка испытала значительные дефициты в ранних эмоциональных отношениях с матерью; на этом фоне отец стал для нее эмоциональным ориентиром, но собственно эмоционально заботящейся матерью была няня. Эдипальный конфликт не разрешен, и только с помощью достижений можно было завоевать признание отца. В конечном итоге у пациентки есть ярко выраженная проблематика самоценности и достижений, которая частично служит защите от ранних эмоциональных

дефицитов. Но наверняка уровень достижений самый стабильный, при хороших функциях Я и явно хороших интеллектуальных способностях. Желание иметь детей я также понимаю как попытку и возможность еще раз пережить собственные ранние эмоциональные потребности; но одновременно создается впечатление, что она боится соприкоснуться с ранними эмоциональными дефицитами, яростью и разочарованием из собственной истории. По этой причине и желание иметь детей у нее бессознательно амбивалентно. Чтобы реализовать это желание, пациентке нужно было бы разобраться со своими собственными ранними эмоциональными потребностями. В конечном итоге ей пришлось бы предоставить ребенку всю ту эмоциональную заботу и безопасность, которой она, собственно говоря, так страстно желает для себя.

С точки зрения динамики привязанности, родители пациентки так и не стали для нее надежной эмоциональной базой, и отношения с сестрами здесь также не смогли ничего «исправить». Самые надежные эмоциональные отношения были, без сомнения, с няней; однако эти отношения были внезапно прерваны, когда девочке было три года, потому что няня вернулась на свою основную работу. Поэтому и здесь тоже осталось разочарование из-за расставания. Пациентке пришлось очень рано «функционировать» в семье. Достижения и самостоятельность были эмоционально весьма значимыми, и родители требовали их проявления. Особенно это видно в сфере большого спорта; здесь пациентка через достижения хотя бы смогла эмоционально вступить в отношения с отцом, правда, не испытав с ним настоящей – «не связанной с достижениями» – эмоциональной безопасности и надежности. Паттерн привязанности пациентки можно охарактеризовать, скорее, как дистанцированно-избегающий. Исследовательская деятельность и достижения до сих пор играют для нее большую роль и привели к успешной профессиональной карьере. При этом супруг важен для пациентки на уровне функциональной надежности, но от эмоциональных регрессивных желаний приобрести безопасность и получить заботу ей приходится отказаться. Желание иметь детей – это неосознанное желание самой еще раз пережить надежную эмоциональную заботу в смысле надежной эмоциональной базы привязанности, которой ей так не хватало в детстве.

Надо быть готовым к тому, что эти ранние ожидания со всей их амбивалентностью активируются в отношениях переноса. Вероятно, что пациентка сначала будет структурировать лечение в соответствии с паттерном избегания привязанности, сигнализируя о своем желании дистанцироваться, несмотря стремление к привязанности, и таким образом «функционализируя» терапевтические отношения.

Ход терапии

В течение первых 25 сеансов терапии пациентка была почти полностью сфокусирована на своей фантазии и на своем страхе, «действительно» ли она «желательна» для меня как пациентка в терапии. Она утверждала, что я ответил

на ее первый телефонный звонок очень нерешительно и, хотя и назначил ей время для предварительной встречи, не гарантировал ей возможности проведения терапии. Похоже, что здесь она повторяет свой ранний страх быть нежеланной или «последышем». Вопреки своей обычной терапевтической позиции, я подтвердил восприятие пациентки, что для нее «у меня действительно нет места». Но при этом добавил, что в настоящее время, несмотря на отсутствие мест для терапии, я, встретившись с ней и изучив всю ее предысторию, все-таки пошел навстречу ее настоятельному желанию предоставить ей «гарантированное место» и согласился выделить ей его «дополнительно». Мое замечание о том, что, возможно, она ощутила мою – воспринятую ею – дистанцированную реакцию в телефонном разговоре как повторение поведения ее матери, заставило ее задуматься; после этого стало возможным поговорить о ее раннем детстве, на которое наложили свой отпечаток профессиональная нагрузка и карьера матери. И лишь в ходе дальнейшей терапии, в переносе, ее собственные желания и потребности быть принятой, получить защиту, ощутить безопасность и уверенность, связанные с воспоминаниями о ее ранних переживаниях с няней, удалось облечь в слова. Последовали стадии глубокой печали, а также ярости и разочарования из-за того, что свои потребности в близости, которые она в состоянии была удовлетворить с няней за ограниченное число часов в день, не удавалось удовлетворить со своей собственной матерью в таком объеме. В слезах пациентка призналась себе, что всегда хотела, чтобы няня была ее родной матерью. Вечерние расставания, когда ее забирала родная мать, по ее словам, вызывали у нее «ужас». Ее самой заветной мечтой было, чтобы няня укладывала ее спать.

Принимать решение по сеттингу я с самого начала предоставил пациентке, предложив ей на выбор различные варианты терапевтических сеансов (1 час раз в две недели в положении сидя или 3 часа в неделю в положении лежа). Мысль о трехчасовой терапии прямо-таки повергла ее в панику. Она согласилась приходить на 1 час каждые две недели, причем все время повторяла, что у меня все равно не было бы 3 часов в неделю для нее. Вопросы сеттинга стали пусковой ситуацией для обсуждения ее страхов о ее нежеланности и моей эмоциональной готовности предложить ей себя в качестве эмоционально надежной базы.

В последней трети лечения пациентка все больше втягивалась в терапевтические отношения и высказала пожелание «интенсифицировать» лечение, доведя частоту встреч до 3 часов в неделю. Хотя я хорошо понимал это желание, в действительности я не мог реализовать его так быстро, как того хотела пациентка. Это привело к стадии агрессивных споров со мной о ранних разочарованиях, смысл которых можно выразить фразой: «Когда матери действительно нужны, их, собственно говоря, никогда не бывает на месте». Проработка этой ранней ярости помогла ей сформулировать эмоциональную потребность в привязанности, направленную на ее отца. В детстве она обращалась к нему в тех случаях, когда разочаровывалась в матери. Лишь

постепенно пациентке стало ясно, как хорошо она могла устанавливать эмоциональную близость с отцом через свои достижения. В противоположность этому она впервые ощутила, что терапия – это не мероприятие, требующее достижений, и что «зачатие детей» также не нужно рассматривать с точки зрения доказательства способности к достижениям. На этой стадии ее отношения с мужем стали более интенсивными и супружеская пара запланировала, кроме обычного отпуска, четырехнедельную поездку, в ходе которой они хотели «хоть раз по-настоящему побаловать себя». Эту форму отделения от меня можно рассматривать в терминах индивидуации – сепарации по Маргарет Малер. Однако начинающуюся теперь стадию можно понимать также с точки зрения исследовательской деятельности и «вступления в эмоциональные отношения» с супругом при надежной эмоциональной базе в терапии. Хотя эта поездка, о которой пациентка сообщила мне незадолго до отъезда и которая была заранее забронирована, совсем не вписывалась в мое расписание терапевтических сеансов, я, учитывая взаимосвязь между привязанностью и исследовательской деятельностью, с готовностью пошел навстречу ее желанию. В прежние времена я расценил бы такое поведение пациентки только как сопротивление и ажитирование и попытался бы соответствующим образом проработать его.

По возвращении из отпуска, во время которого она была, по ее словам, «совершенно счастлива», пациентка высказала пожелание снова сократить частоту сеансов, потому что теперь хотела проводить больше времени с мужем и вновь приобретенными друзьями, с которыми познакомилась в отпуске. Ее эмоциональные отношения с мужем, в особенности сексуальные, во время отпуска стали более интенсивными. Хотя желание иметь детей как изначальная причина для обращения за терапией и не было исполнено, пациентка через три месяца после возвращения из отпуска захотела закончить лечение, которое к тому времени длилось более полутора лет. В общем и целом она стала в гораздо большей степени способна к контактам и отношениям, ушли депрессивные чувства и ощущение внутренней пустоты и бессмысленной механической деятельности. Отношения как с мужем, так и с другими значимыми лицами и друзьями углубились, так что значение терапевтических отношений как надежной базы теперь отошло на задний план. Пациентка, вероятно, благодаря изменению внутренней рабочей модели, ощутила больше возможностей «вступать в отношения с людьми» – особенно со своим мужем – и «исследовать мир». На прощанье она сказала: «Ведь я же смогу в любое время позвонить вам, если мне захочется».

Заключительные замечания и катамнез

Через 5 месяцев мне позвонила взволнованная пациентка. Она узнала от своего гинеколога, что беременна. Теперь ее больше всего беспокоил вопрос, как совместить ребенка с профессиональной занятостью. Она 3 раза с интервалом в 4 недели приходила на прием. Во время этих бесед главное место занимал

вопрос, как ей при столь эмоциональном отношении к беременности и будущему ребенку – ведь это для нее большая радость – провести переговоры с работодателем, чтобы частично сократить свою нагрузку и добиться более легких условий работы на послеродовой период. Она не хотела оказаться в такой же ситуации, как ее мать, которой сразу же после положенного по закону декретного отпуска пришлось нанять няню и вернуться на работу. В этих беседах выяснилось, что теперь пациентка могла довольно дифференцированно подходить к своим собственным желаниям привязанности и к потребностям будущего ребенка в привязанности, которые она нафантазировала себе еще до родов («<…> чтобы эмоционально полностью вступить в отношения с ребенком»). Она также была способна интегративно оценить свои ярко выраженные потребности в достижениях, то есть в исследовательской деятельности. В этих беседах у меня также создалось впечатление, что пациентка стала значительно более саморефлексивной в контакте с собой, а меня она сейчас использует просто как собеседника для высказывания своих соображений, появившихся еще до сеанса терапии. Не было возврата к старым проблемам, что означало бы возобновление терапии в собственном смысле слова.

В противоположность обычному терапевтическому подходу здесь перенос не был «завешен» в конце лечения, а, напротив, были сознательно сохранены позитивные эмоциональные отношения привязанности, чтобы пациентка позднее могла снова прибегнуть к моей помощи и позвонить мне, чем она и воспользовалась, когда, получив сообщение о беременности, в первый момент очень испугалась. Концептуально новой стала идея дробного лечения, которое сопровождает пациентку на пути к эмоционально надежной базе и в котором с ней была проработана часть ее прежних (особенно связанных с дефицитами из истории ее привязанности) сильных чувств. Кроме того, такой подход оставляет для пациентов открытой возможность обратиться в будущем за ограниченной по времени терапией или «консультацией» – в непредвиденных, вновь возникших тревожных ситуациях – и на время вернуться к терапевтической ситуации и терапевту как надежной базе.

ПРЕНАТАЛЬНОЕ НАРУШЕНИЕ ПРИВЯЗАННОСТИ

Страх беременной перед ослаблением привязанности из-за предстоящих родов

Психическое состояние женщины во время последней трети беременности и сами роды нуждаются в том, чтобы беременная настроилась на ясное понимание предстоящей сепарации со своим ребенком. Страхи беременной женщины, связанные с тем, что роды означают для нее отделение от своего ребенка, могут осложнить завершение беременности и роды.

Можно задаться вопросом, влияет ли активированное у женщины во время беременности нарушение привязанности на развитие привязанности пло-

да к своей матери, и если да, то каким образом и как это сказывается на пре- и постнатальных отношениях матери и ребенка (Janus, 1996).

Однако в следующих примерах из практики я сосредоточусь только на переживаниях беременной женщины, потому что именно этому была посвящена моя терапевтическая работа.

Первичное знакомство и симптоматика

Г-жу Б. ко мне на психотерапию направляет ее лечащий врач-гинеколог. Коллега сообщает, что «он уже даже не знает, что ему делать с такой истеричной пациенткой». Он говорит, что почти ежедневно г-жа Б. звонит и втягивает его в долгие разговоры или приходит возбужденная прямо на прием, потому что якобы обнаружила у себя то или иное осложнение, которое ее очень беспокоит. Однако при детальном обследовании каждый раз выяснялось, что беременность протекает без каких-либо отклонений. Сейчас у пациентки идет 30-я неделя беременности. По словам гинеколога, ребенок развивается совершенно нормально и, с его точки зрения, нет вообще никакого повода для беспокойства. Однако, поскольку у г-жи Б. уже было два выкидыша на ранних стадиях беременности, а он сам тогда слишком поздно выявлял угрозу осложнений и преждевременную родовую деятельность, потому что не слишком серьезно относился к многочисленным жалобам г-жи Б., считая их преувеличенными, теперь он чувствует свою повышенную ответственность и наверняка слишком втягивается в выслушивание ее жалоб. Он сам констатирует, что все больше сердится и раздражается на г-жу Б. и что ему трудно поддерживать с ней положительный контакт. Поэтому он и делает запрос о возможности параллельного психотерапевтического лечения, чтобы разгрузить самого себя в этих трудных отношениях.

Затем г-жа Б. как пациентка, направленная на лечение, звонит мне по телефону, чтобы договориться о первой встрече. Еще в этом телефонном разговоре она не оставляет никаких сомнений в том, что не только не считает психотерапевтическое лечение необходимым, но и что у нее нет никакой мотивации проходить его, потому что проблемы-то у нее с беременностью, а не с психикой.

На первой беседе я вижу 35-летнюю, очень ухоженную, хорошо выглядящую женщину, с достоинством демонстрирующую свою 30-недельную беременность. От предложенного кресла она отказывается, выбирает для беседы стул, потому что в кресле чувствует себя со своим животом «очень зажатой». И вообще ей важно сохранить беременность, потому что она после двух предыдущих выкидышей опасается значительных осложнений. На мой довод, что самый трудный и длительный период беременности для нее уже позади и что теперь она уже может с надеждой ожидать родов, г-жа Б. бурно возражает: «Вы мужчина и совершенно не можете себе представить, как для меня важно без осложнений пережить оставшиеся 15 недель беременности моим ребенком». Когда я указываю ей на неправильную оценку сроков беременности и на то, что до родов осталось всего лишь около 10 недель, г-жа Б. реагиру-

ет явным смущением и подчеркивает, что опасается преждевременных родов. Одна ее подруга на 29-й неделе беременности родила недоношенного ребенка, и для всех это было большим шоком. У нее самой нынешняя беременность проходит без проблем. На мой вопрос, как она представляет себе роды или, конкретнее, боится ли она родов, она энергично говорит: «Нет». Вместо этого она во всех подробностях описывает мне осложнения, которые у нее были до сих пор: «тянущие боли внизу живота», которые она трактует как постоянную «угрозу схваток». Довольно быстро я начинаю хорошо понимать контрперенос своего коллеги, так как все мои попытки привести г-жу Б. в равновесие и успокоить проваливаются. Лишь постепенно я осознаю, что самая большая ее забота – это продление беременности. Каждый раз, когда я затрагивал вопрос о предстоящих родах или говорил о том, что бóльшая часть беременности уже пройдена, считая, что эти мысли могли бы дать ей облегчение, она резко отвергала мои объяснения. Во время всей беседы пациентка сидит, обхватив свой хорошо видимый живот обеими руками, ни разу так не изменив позу. Возникает образ женщины, которая свое материнство полностью идентифицирует со своей беременностью и которая хочет держать на расстоянии от себя и от своего живота все, что может быть связано с сепарацией и родами.

При этом первом контакте я наверняка не был «надежной базой» для г-жи Б., потому что в своих интервенциях и объяснениях слишком прямо ссылался на сепарацию и роды, то есть на отторжение и отказ от связи. При первом контакте с г-жой Б. я, несомненно, недооценил ее потребности в симбиотическом отношении со своим ребенком и степень оживления ее потребности в привязанности в отношениях с ее гинекологом, а также со мной.

Анамнез

Г-жа Б. была старшей из двух дочерей; ее сестра была всего на 17 месяцев младше. Когда девочка росла, ее очень оберегали и защищали, и у нее, по ее словам, всегда были очень «близкие», сердечные отношения с матерью. В отношениях с отцом ее «раздирали самые противоречивые чувства», даже сегодня она скорбит о преждевременной потере отца, ведь в середине пубертатного периода, в 15-летнем возрасте она «так много еще хотела предпринять вмести с ним»; однако отец заболел раком и умер через восемь месяцев. В то время она чувствовала себя покинутой. В ответ на мои расспросы об отношениях со своей младшей сестрой, она сообщила, что может описать их как конкуренцию. Сестре, по мнению г-жи Б., всегда было легче в жизни, ей все всегда удавалось, у сестры уже трое детей, и она счастлива в браке. В детстве у пациентки часто было чувство, что мать предпочитает ей младшую сестру и уделяет ей больше времени. И сегодня мать в качестве бабушки уделяет ее младшей сестре много внимания и часто сидит с внуками. Сейчас, во время беременности, г-же Б. часто вспоминаются сцены из детства, например, когда она хотела к матери «на ручки», а мать ее отвергала, ссылаясь на то, что она ведь уже держит на руках младшую сестру, а нести двоих для нее просто «слишком

тяжело». И все же она всегда цеплялась «за маменькину юбку», чувствовала, что мать слишком рано «отправила ее в детский сад», и из-за этого очень завидовала младшей сестре, в полном и единоличном распоряжении которой мать была всю первую половину дня.

Г-жа Б. была очень успешна в школе, получила высшее образование и уже занимала стабильные позиции в профессиональной сфере, когда познакомилась со своим будущим мужем. Она рассказала, что пять лет живет в счастливом браке, и теперь ее самое заветное желание – ребенок. С самого начала беременности ее мучили многочисленные страхи, потому что два года назад у нее за относительно короткое время было два выкидыша подряд. Дойдя до этого места в своем рассказе, она заливается слезами, и лишь с большим трудом ей удается снова успокоиться. В этой ситуации мне постепенно становится легче настроить на нее свою эмоциональную позицию как на человека, к которому можно испытывать привязанность. Ведь на фоне ее скорби по утрате, связанной с предшествующими выкидышами, а также благодаря описанию ее отношений с матерью я могу яснее распознать и почувствовать ее стремления и желания. В ее чувствах и мыслях действительно пока еще не было места представлениям о предстоящих родах и отделении от ребенка. По ее словам, нынешняя беременность могла бы, собственно говоря, быть самым прекрасным временем в ее жизни, если бы не постоянная неуверенность из-за «преждевременных схваток». Г-жа Б. чувствовала, что с мужем она «в хороших руках», пусть даже он сильно занят на работе и много времени проводит в разъездах, из-за чего она много вечеров «сидит дома одна». Но теперь «дело обстоит уже не так плохо, как раньше», потому что сейчас ребенок всегда при ней.

Соображения относительно динамики привязанности

Видимо, г-жа Б. слишком рано была вытеснена из отношений привязанности с матерью своей младшей сестрой, которая родилась уже через 17 месяцев после нее. Очевидно, матери с трудом удавалось поддерживать эмоциональные отношения привязанности с обоими детьми одновременно; пациентка во время стадии сепарации и интенсивной исследовательской деятельности на втором году жизни, когда искала и желала близости с матерью, все время убеждалась, что руки той уже заняты младшей сестрой. Из этого, видимо, возникла ненадежно-амбивалентная привязанность, которая, с одной стороны, оставляла нереализованными еще много желаний близости, а с другой, вызывала ярость и разочарование из-за пережитых отказов со стороны матери. Остается открытым вопрос, в какой степени отец в это раннее время уже смог ей заменить мать. Потерю отца во время ее пубертатного периода, вместе с которым пациентка надеялась пережить так много событий, наверняка можно рассматривать не только в аспекте эдипова комплекса. В гораздо большей степени смерть отца, которая пришлась на время пубертатной сепарации, означала травматическое расставание. Поэтому пациентка во время важных стадий автономии и сепарации, как в раннем детстве, так и в период

полового созревания, собственно говоря, так и не узнала, что можно отделяться и расставаться при сохранении родительских фигур как надежной базы привязанности. В ранний период жизни она отчасти потеряла мать, на стадии пубертатного отделения потеря отца была пережита как травмирующее событие. Теперешняя беременность представляет для нее еще одно интенсивное переживание привязанности; вместе с ребенком она пытается создать для самой себя надежную базу. Постоянные страхи перед угрозой преждевременных родов могут быть вызваны пережитыми ранее выкидышами. Поэтому становится понятно, что пациентка, несмотря на все уверения в обратном, опасается новых осложнений. Однако вызывает удивление, что никакие заверения гинеколога и никакие обследования не могут дать ей достаточной гарантии, которую она так надеялась получить. Скорее у пациентки сложилось представление, что ей нужно как можно дольше сохранить дородовое единство, чтобы таким способом оградить себя и своего ребенка от внешнего мира и других людей.

Представления о сепарации, то есть о родах, эмоционально связываются ею с травматическими фантазиями. Она испытывает крайне противоречивые, амбивалентные чувства, потому что, с одной стороны, переживает интенсивную связь с ребенком, а с другой – в ней также мобилизовались чувства ярости и разочарования как по отношению к матери, так и по отношению к своему ребенку. Кроме того, возможно, она бессознательно видела ребенка в роли младшей сестры, с потребностями которой пациентке приходилось считаться. Возможно, рождение сестры она пережила как «эмоциональное отделение» от матери и тем самым как отвержение, а связанные с этим чувства зависти и разочарования могла перенести на своего ребенка.

В терапии нужно будет настроиться на амбивалентные формы поведения привязанности пациентки, то есть на желания, с одной стороны, близости, с другой – отделения, размежевания, то есть в целом на очень сложную конструкцию отношений. Важно будет не дать сбить себя с толку амбивалентным формам поведения, а сначала установить надежную базу привязанности, на фоне которой пациентка сможет еще раз проработать свое собственное раннее отношение к матери – со всей яростью и разочарованием из-за младшей сестры. Пережитая как травматическое событие потеря отца могла бы в какой-то более поздний момент занять центральное место в терапии. Только когда пациентка будет уверена в своей собственной надежной базе привязанности, она сможет пойти на предстоящее отделение от своего ребенка через роды, которые она все еще ощущает как угрожающее событие. В противном случае остается опасаться, что пациентка будет вынуждена использовать ребенка (если рассуждать с точки зрения теории привязанности) для создания своей собственной надежной базы привязанности и одновременно будет испытывать по отношению к нему весьма амбивалентные чувства. Последние могли бы действительно привести к осложнениям при родах.

Ход терапии

Терапия проходила при сеттинге в два терапевтических сеанса в неделю в положении сидя. Пациентка все время занимала место на том стуле, который выбрала во время первого разговора. Она производила на меня впечатление замкнувшейся в себе «беременной мадонны», которая, полностью изолированная от внешнего мира, сидела на стуле, как на троне, со своим ребенком и своей беременностью. Во время первой стадии терапии пациентку сначала сильно беспокоили возможные осложнения и угроза преждевременных родов. Затем она сообщила о воспоминаниях, относящихся ко времени посещения детского сада, когда уже родилась ее младшая сестра. Благодаря растущей надежной привязанности г-жа Б. смогла принести на сеанс семейный альбом, чтобы с помощью фотографий наглядно показать мне, что она «всегда лишь стояла рядом, в то время как сестра сидела у матери на коленях». Тот факт, что на фотографиях она держала за руку отца, говорит об отношениях привязанности к отцу, который тогда наверняка служил для пациентки важным вторичным значимым лицом и человеком, к которому она испытывала привязанность, что выходило далеко за рамки формирования эдипальных отношений.

За это время г-жа Б. все время сбивала меня с толку, сначала «звонками, похожими на нападение», потому что ей обязательно нужно было очень срочно обсудить со мной что-то, что только что пришло ей в голову. С течением времени она – с учетом собственного будущего материнства – заинтересовалась проработкой своей истории детства и требовала, чтобы я уделял ей все больше времени и постоянно был в пределах досягаемости, когда бы я ей ни потребовался. Первые попытки уговорить ее по телефону подождать до следующего сеанса были не очень успешными. Г-жа Б., обуреваемая фантазиями о соперничестве с другими моими пациентами (терапевтическими сиблингами), пыталась прямо по телефону за короткое время заправиться таким количеством «эмоционального горючего», которое не оставляло никаких шансов ее мнимым конкурентам. Лишь далее в ходе терапии я понял, что ее телефонные звонки (которые она строила по тому же образцу, что и звонки гинекологу) представляют собой форму «соперничества с младшей сестрой». Насколько она могла вспомнить, «никогда нельзя было добиться, чтобы мать хотя бы на короткое время взяла ее на руки, потому что там всегда была младшая сестра». Г-жа Б. очень сердилась из-за того, что не могла дозвониться мне по субботам и воскресеньям, по вечерам, а также во время моего краткосрочного отпуска, так как сроки родов все приближались. Только теперь она смогла проработать свою ярость и амбивалентное отношение к матери, а также свое отрицание приближающегося отделения от ребенка при родах. Представление о том, что ее ребенок – это самостоятельное существо, которое с рождения должно пойти по собственному пути развития, было для нее пока еще совершенно чуждо. Потребовалась настоящая работа скорби, прежде чем г-жа Б. смогла перейти

к фантазиям о том, как она могла бы построить свои отношения с ребенком, чтобы вместе с ним познавать окружающий мир.

Сами роды прошли без особых осложнений, г-жа Б. произвела на свет здоровую девочку. Она было глубоко тронута тем, что мать очень много времени уделяла ей после родов, и через поддержку со стороны матери и ее интерес к новой внучке молодая женщина смогла наверстать в своей фантазии кое-что из эмоциональной заботы со стороны матери, получить которую она все время так хотела. Благодаря помощи и поддержке супруга, который трогательно заботился о своей дочурке и был очень активным и инициативным отцом, г-же Б. было легче делить уход за ребенком с другими людьми. После родов терапия была продолжена с меньшей интенсивностью, а частоту сеансов г-жа Б. выбирала сама. Она приносила с собой на терапевтические сеансы свою маленькую дочку, которую с гордостью демонстрировала. Когда в 9-месячном возрасте малышка начала ползать и все с большим любопытством изучала мой лечебный кабинет, создались условия еще раз подробно обсудить взаимосвязь между потребностями в привязанности и в исследовательской деятельности из истории пациентки – теперь уже в переносе ее тогдашних чувств на маленькую дочку. Наблюдая за собственной дочкой, пациентка смогла еще раз проследить пережитое ею самой в детстве. Теперь, после проработки своих амбивалентных чувств по отношению к матери и своей ранней ярости и разочарования, она стала спокойно и без особых колебаний привлекать бабушку в качестве няни для присмотра и ухода за ребенком, чтобы в течение нескольких часов иметь возможность посещать курсы повышения квалификации, получив таким образом немного личного времени и свободы передвижения.

Терапия была закончена пациенткой после 32 сеансов, поскольку теперь она была так занята уходом за дочерью, повышением профессиональной квалификации и домашним хозяйством, что не считала больше психотерапию столь необходимой.

На фоне ее амбивалентных отношений привязанности к матери установление отношений с пациенткой сначала складывалось для меня сложно, но за довольно короткое время удалось настолько проработать важные аспекты привязанности, что пациентка смогла отважиться на отделение от своего ребенка в родах. Продолжение терапии после родов позволило ей в непосредственном социальном взаимодействии с дочерью еще раз посмотреть на составляющие собственной биографии и увидеть их в другом свете, как отражение развития ее дочери. Достаточно глубокой проработки эдипального конфликта и потери отца, несомненно, не получилось; тем не менее, видимо, компоненты переноса образа отца на меня в невысказанном виде и без толкования также имели большое значение для терапии.

Заключительные замечания и катамнез

Впоследствии пациентка больше не звонила. От прекращения переноса в классическом смысле мы и здесь отказались, так как в дальнейшем нельзя было

исключить возможности обострения конфликтов в ее социальном взаимодействии с дочерью, прежде всего при усиливающейся исследовательской активности и развитии автономии маленькой резвой девочки.

Осложнения беременности и беременность с фактором риска

Осложнения беременности, такие, например, как преждевременные схватки и кровотечения, могут нарушить процесс установления привязанности между матерью и ребенком.

Первичное знакомство и симптоматика

Г-жу В. госпитализируют, потому что ее беременность находится под угрозой из-за преждевременных схваток и кровотечения. Консилиум врачей просит меня принять участие в лечении г-жи В., потому что она, по выражению дежурного врача приемного отделения больницы скорой помощи, «заливается слезами».

Я навещаю г-жу В. в больничной палате. Она, словно окаменевшая, лежит на спине в постели и вовсе не заливается слезами, а с неподвижным лицом смотрит в потолок и, кажется, вовсе не замечает моего прихода. Я сажусь рядом с ее кроватью и сообщаю, что дежурный врач отделения проинформировал меня о ее состоянии и попросил о психотерапевтическом сопровождении. Г-жа В. долго молчит, не устанавливает со мной визуального контакта и как будто погружена в себя и в свой мир. Не ожидая ее согласия на психотерапевтическое лечение, я осведомился о ее состоянии и самочувствии. Снова долгое молчание. В конце концов г-жа В., сильно покраснев, тихим голосом начинает свой рассказ: у нее схватки, бывают также кровотечения, и неизвестно, сможет ли ребенок выжить сейчас, на 25-й неделе. Ее взгляд все время покоится на штативе для внутривенных вливаний; она рассматривает капельницу и, кажется, считает, что ее судьба больше зависит от этой капельницы, чем от нашего разговора. Я узнаю медицинские факты: это ее первая беременность, еще неделю назад все было «нормально». Ее описания странно лишены эмоций, только в контрпереносе я чувствую безумное напряжение. Теперь я сам уже очень напряжен и обеспокоен, разрываюсь между желанием расспросить и молчанием, между мыслью о необходимости выдержать эту ситуацию и представлениями о том, что нужно начать структурированный, скорее психиатрически ориентированный, опрос для сбора данных по анамнезу.

В конце концов, выспрашивая подробности, я узнаю, что беременность была для нее хотя и вполне желанной, но незапланированной. Ее муж всегда хотел детей, а она, напротив, все время сомневалась, потому что дети так много требуют от человека и потому что она сама совершенно не знает, способна ли она воспитывать детей. Кроме того, узнав, что беременна, она «была, в принципе, согласна», но по-настоящему счастливой от этого она себя не почувствовала. Она вообще не знает, беспокоиться ли ей теперь о «хорошем ис-

ходе беременности» или же радоваться, если эта беременность таким образом «наконец закончится», потому что она это состояние все-таки переживала как нагрузку и перенапряжение, как психическое, так и физическое. Уже два дня у нее к тому же еще и повышенное давление, которое почти не сбивается медикаментозно.

Я чувствую, как от пережитого внутреннего напряжения слегка отодвигаю свой стул от больничной койки и создаю б льшую дистанцию. Очевидно, мне очень трудно сохранять пространственную близость с пациенткой.

Встреча длится лишь 15 минут, и я договариваюсь с г-жой В. о новом визите на вторую половину дня. Я считаю эту ситуацию очень острой и явно опасной, поэтому решаюсь на достаточно короткие, но более частые контакты с г-жой В. После того как я спросил ее об этом, она соглашается, но я не уверен, хочет ли она вообще идти на разговорный контакт в какой-либо форме. Во время нашей беседы г-жа В. большую часть времени смотрит на потолок или на свою капельницу и, кажется, лишь один раз краем глаза на мгновенье взглядывает на меня. Но когда я прощаюсь, г-жа В. долго держит мою руку и теперь хочет совершенно точно знать, когда именно я приду во второй половине дня; пациентка подробно расспрашивает, как долго продлится наша беседа, чтобы распределить медицинские обследования таким образом, чтобы к этому времени быть в своей палате. Она сказала, что проинформирует об этом медсестер и врачей, чтобы они при проведении запланированных обследований по возможности учли время нашей беседы. Все это очень удивляет меня и ясно показывает, насколько интенсивно г-жа В. восприняла наш контакт и насколько важен для нее мой повторный визит, о котором я сейчас ее уведомляю, договариваясь о точном времени приема.

Анамнез

Г-жа В. была единственным ребенком. Отношения с родителями для нее, по ее словам, и сегодня очень важны, особенно нужен ей совет родителей при принятии решений. Мать о ней «всю жизнь хорошо заботилась», всегда была дома и всегда уделяла ей внимание. Отцу постоянно надо было что-то «мастерить и чинить», он очень активно работал в местных кружках и объединениях, а она, собственно говоря, организовывала свою жизнь только с мамой. Когда отца не было дома, они с матерью могли делать, что хотели. Но когда отец был дома, им приходилось приспосабливаться к его специфическим представлениям о порядке и чистоте. Г-жа В. еще во время профессионального обучения в возрасте 17 с половиной лет познакомилась со своим нынешним супругом, который старше ее на 5 с половиной лет. В 18 с половиной лет она против воли родителей вышла за него замуж; до сих пор она так толком и не знает, как тогда появилось решение о заключении брака. Ей было очень трудно выйти замуж без согласия родителей, потому что до сих пор их мнение для нее особенно важно. Г-жа В. сегодня живет лишь в нескольких километрах от родителей и видится с матерью почти ежедневно. По ее словам, родители тоже

считают беременность преждевременной в данный момент (г-же В. сейчас 23 года). Они считают свою дочь еще слишком молодой и незрелой для того, чтобы стать матерью.

Лишь намного позже я узнаю из коротких эпизодов, что детство г-жи В. было отягощено тем, что ее мать иногда на много часов, в том числе и по ночам, покидала дом и убегала, когда пьяный отец возвращался домой и создавалась угроза скандала между родителями. Г-жа В. при этом всегда запиралась в своей комнате и надеялась, что мать вернется. На следующее утро все напряжение чаще всего «рассеивалось как дым». По словам пациентки, об этих странных «размолвках» между родителями, которые возникали примерно раз в месяц, никогда нельзя было говорить, это было «табу».

В наших беседах, которые всегда длились не более 20 минут, я узнал г-жу В. как эмоционально очень неуравновешенную, колеблющуюся между ригидным эмоциональным оцепенением с замкнутостью в себе и беспричинным плачем в три ручья, который производит впечатление полной противоположности такого эмоционального оцепенения. На тех стадиях, когда она заливается слезами, ей нужны от меня опора, поддержка и структурирование, а также эмоциональная подстраховка; в эти моменты она непременно ищет близости, требует больше разговоров, и мне с трудом удается сохранять структуру бесед и соблюдать договоренности о времени встреч.

Соображения относительно динамики привязанности

В общении с г-жой В. я словно принимаю контрастный душ – от напряженного беспокойства до (в периоды крайнего эмоционального возбуждения и слез) сильной потребности в близости и структурировании. Эти резкие аффективные перемены в наших отношениях, по всей вероятности, отражают особенности раннего эмоционального взаимодействия и привязанности между г-жой В. и ее матерью. С одной стороны, для матери до сегодняшнего дня была характерна чрезмерная заботливость и влияние на судьбу дочери, а с другой – уходы из дома по ночам, которые вселяли в дочь сильную неуверенность. Отношения с отцом г-жа В. наверняка ощущала, скорее, как дистанцированные вплоть до угрожающих, тем более, что в периоды его злоупотребления алкоголем она обвиняла его в прерывании ее отношений с матерью; мать отсутствовала именно в те моменты, когда г-жа В., запершись в своей комнате, испытывала самые сильные страхи. Поведение отца, которое она считала угрожающим, по всей вероятности, активировало поведенческое проявление привязанности к матери и желание близости с ней. Однако та была для г-жи В. недоступна, потому что убегала из дома, так что система привязанности из-за этого наверняка чрезмерно активировалась, но при переживании крайне сильного страха удовлетворить потребность в привязанности было невозможно.

Выйдя замуж за своего нынешнего мужа, отца ребенка, г-жа В. пытается сделать первый шаг в направлении автономии, который, правда, сопровождается многочисленными страхами. Г-жа В. прямо-таки инфантильно зависит

от своего мужа, однако с высокой амбивалентностью вовлечена в отношения с родителями, особенно с матерью. Индивидуация – сепарация в смысле Маргарет Малер, или способность к исследованию собственных желаний и интересов в контексте надежной привязанности, еще далека от реализации, несмотря на заключение брака и принятие решения о ребенке. Тот факт, что г-жа В. ежедневно общается с матерью, свидетельствует о явно выраженной амбивалентности и еще очень сильной эмоциональной зависимости от нее. Паттерн привязанности и социального взаимодействия, с которым я столкнулся при терапии г-жи В., очень напоминает мне дезорганизованные формы поведения, особенно при ее внезапных аффективных колебаниях и прерывании отношений, когда я почти не могу «достучаться» до нее в моменты эмоциональной замкнутости. Почти невозможно себе представить, как на таком эмоциональном фоне она могла правильно настроиться на свою беременность. Ее чувства и действия, скорее, «определяются другими», ее супругом и ее родителями. Поэтому-то она и не знает, что ей предпочесть: то ли продолжение беременности, то ли ее прерывание из-за предстоящих осложнений. Кажется, что запутанные отношения с матерью и быстрые переходы от близости к дистанцированию и обратно во время беременности повторяются уже между ней и ребенком, которого она ждет.

Ход терапии

Между мною и г-жой В. создалась очень структурированная, стабильная ситуация терапевтического сопровождения. Сначала я посещал ее два раза в день, утром и во второй половине дня, каждый раз примерно по 20 минут. Через 8 дней контакт в наших отношениях стал настолько стабильным, что я стал разговаривать с ней раз в день примерно по 40 минут. Время каждой беседы было четко согласовано. Однако организация работы в клинике, включавшая контроль за родовой деятельностью и другие соматические обследования, часто не позволяла соблюдать это установленное время. Бывало так, что г-жи В. не оказывалось в палате, потому что она проходила какое-то обследование. Я каждый раз оставлял ей сообщение о времени нового визита или о том, что постараюсь дозвониться до нее по телефону, чтобы договориться о встрече. Любая форма структурирования терапевтического контакта и постоянства в отношениях была для нее очень важна. Правда, случалось, что приходилось пропускать наши сеансы из-за того, что неожиданно приходили муж или родители и буквально «осаждали» ее на больничной койке. Все предложения ее посетителям выйти из палаты, чтобы мы могли продолжить нашу терапевтическую беседу, оканчивались неудачей. Г-жа В. была беспомощным ребенком, полностью находившимся в руках своих родителей; и у нее, казалось, не осталось больше ни своей воли, ни своего собственного мнения. Мать в таких ситуациях сразу брала слово и заявляла, что ее дочери не нужны никакие беседы, потому что ее пришли навестить родные люди. Я чувствовал, что все мои психотерапевтические усилия встречают явное сопротивление родителей;

казалось, они считали себя обязанными защищать свою дочь от меня. В то же время муж пациентки, напротив, казалось, испытывал облегчение от моих визитов и бесед с его женой. Он ясно высказался за продолжение психотерапевтического сопровождения его жены.

Все лечение продолжалось в общей сложности лишь 14 дней, потому что потом г-жа В. на 27-й неделе беременности все-таки произвела на свет недоношенного ребенка.

Все попытки медиков продлить беременность оказались безуспешными, потому что состояние здоровья г-жи В. резко ухудшилось. После родов ей также понадобилось еще несколько дней интенсивного лечения в отделении реанимации. Тем временем ее муж навещал в детском отделении интенсивной терапии новорожденного ребенка, состояние которого было довольно хорошим, если учесть обстоятельства его появления на свет. Я виделся с г-жой В. еще 3 раза в реанимации, и каждый раз мы имели короткую беседу, а после перевода в обычную палату она в присутствии своих родителей сообщила мне, что теперь ее ребенок родился и по этой причине ей больше не нужна никакая психотерапевтическая помощь.

Несмотря на ярко выраженный у пациентки паттерн ненадежной привязанности с элементами дезорганизованного поведения, мне удалось в период ее беременности на некоторое время установить терапевтический контакт, ставший возможным благодаря четко структурированности и стабильности отношений. Однако из-за социального окружения (особенно присутствия родителей) более длительное и, несомненно, необходимое психотерапевтическое лечение стало невозможным. Можно предположить, что моя психотерапевтическая работа вызвала у родителей г-жи В., особенно у ее матери, такой сильный страх, что они настояли на прекращении лечения.

Лечение этой пациентки, которая, по классическим критериям диагностики, проявляла элементы пограничного личностного расстройства, представляло значительные трудности с точки зрения техники и управления контрпереносом. Это объяснялось тем, что особенно резкие аффективные перемены в эмоциональном контакте требовали от терапевта значительного постоянства в отношениях и таили в себе риск «включения в ее образ действий», в том смысле, что терапевт мог бы преждевременно закончить лечение или интерпретировать отвергающую позицию пациентки при первом контакте как свою нежеланность. По всей видимости, пациентка испытывала неуверенность и недоверие, потому что ожидала от меня, что я тоже ее покину, как это делала ее мать, когда девочка испытывала сильный страх. И лишь последующие сигналы пациентки (договоренность о времени встречи) показали, как важно было наладить отношения однозначно структурирующей привязанности с постоянством и надежностью. Такой подход позволил хотя бы во время 14-дневного лечения установить в отношениях с пациенткой достаточно непрерывный и структурированный контакт.

Заключительные замечания и катамнез

Позже я узнал, что формирование привязанности и налаживание отношений между г-жой В. и ее ребенком, родившимся недоношенным, складывались очень трудно, а также что отец ребенка предложил себя в качестве главного значимого лица и установил хороший контакт в отношениях с ним. Однако на все повторные предложения психотерапевтической помощи г-жа В. отвечала отказом.

Пренатальная диагностика дефектов развития

Пренатальное ультразвуковое диагностическое исследование сегодня регулярно применяется в первой половине беременности для выявления дефектов развития плода. В отдельных случаях сам этот метод обследования, а также выявленные дефекты развития плода могут вызывать у беременной сильные страхи и затруднять установление дородовой привязанности между беременной женщиной и ее ребенком (Brisch, 1998b; Brisch et al., 1998b, c, 2002, 2003b, 2005b).

Первичное знакомство и симптоматика

Гинеколог осведомляется, могу ли я взяться за амбулаторное лечение одной беременной женщины, у плода которой он в рамках ультразвукового исследования на 16-й неделе беременности выявил дефект развития одной почки. Все попытки врача разъяснить пациентке, что эта форма дефекта не представляет опасности для жизни ребенка, против ожидания, не смогли ее успокоить. Напротив, сразу после выставления диагноза она в слезах потребовала, чтобы он предоставил ей возможность прервать беременность. Он сам не может понять и принять этого, как не может и признать, что это может быть показанием для прерывания беременности. Женщина согласилась обратиться за дополнительной помощью – в том числе и психотерапевтической – еще к кому-нибудь, потому что отношения между врачом и пациенткой стали очень напряженными.

Молодая 27-летняя женщина приходит на первый прием с заплаканными глазами. Видно, что она старается держать себя в руках, но при первых же словах снова начинает плакать и, заливаясь слезами, рассказывает: все могло быть так хорошо, а теперь «все кончено»; она так мечтала о ребенке, а теперь ей надо настраиваться на прерывание беременности, потому что она не сможет «жить с ребенком-инвалидом». Мои возражения, что дефект развития почки, о котором гинеколог проинформировал ее, не опасен для жизни, она никак не может принять на рациональном уровне. Об эмоциональной разгрузке нечего и думать. Она сидит передо мной и плачет, как будто забегая вперед уже скорбит по потере своего ребенка или даже убеждена, что уже потеряла его. В действительности беременность протекает совершенно нормально и нет никакой причины для беспокойства по поводу дальнейшего роста и развития плода. Пациентка производит на меня впечатление печального, отчаяв-

шегося ребенка, который в своей беде ищет защиты и помощи, вызывая у меня в контрпереносе соответствующее чувство доброжелательного внимания, а также ощущение, что я должен поддержать ее.

Анамнез

Г-жа Г. описала саму себя как «любимицу» своих родителей. По ее словам, они были счастливой семьей; мать она охарактеризовала как готовую прийти на помощь, открытую, благожелательную женщину; отношения с отцом также были описаны как заинтересованные и полные любви. У пациентки был еще брат, на 2 года младше нее, с которым она до сих пор поддерживала «сердечные отношения». У них еще в детстве было много общих интересов и хобби. Все свое детство, время посещения детского сада, школьные годы и дальнейшее обучение пациентка описала как историю сплошных идеальных условий и отношений, исполненных любви. И даже после повторных вопросов нигде не было выявлено ни малейшего намека на какой-либо излом в ее биографии. Лишь попросив привести несколько конкретных примеров этого «чудесного детства»[3], я обратил внимание на то, что ее примеры не отличались конкретикой и по-прежнему были скорее путаными и идеализирующими. В конце концов вся история детства пациентки представала столь «блестящей», что я задумался над тем, что в ней, собственно говоря, не так. Отношения со своим мужем пациентка описала также как идеальные и «просто супер»; она охарактеризовала его как желанного, красивого, энергичного и инициативного в профессиональной деятельности молодого человека; вместе с ним они в настоящее время как раз благодаря поддержке родителей строили собственный дом. Нынешняя беременность была желанной. После завершения строительства и въезда в новый собственный коттедж должен был родиться ребенок. Пациентка никак не могла понять порок развития своего ребенка, потому что она ведь все делала для того, чтобы и беременность, и роды, и ее ребенок были столь же идеальными, как и вся описанная ею прежняя история жизни. Обидам, разочарованиям и подобным отрицательным чувствам в такой истории жизни просто не было места. В изложении пациентки получалось, что описанный дефект развития плода был первой большой неприятностью в ее жизни. Она не могла представить себе, что смогла бы стать счастливой «с *таким* ребенком». Но поскольку в своих многочисленных фантазиях об «идеальном ребенке» она уже так много и так эмоционально представляла себе своего малыша, ей было очень трудно думать о прерывании беременности, хотя она, как стало ясно из первой беседы, рассматривала это решение как единственный выход из ситуации.

Соображения относительно динамики привязанности

Можно предположить, что г-жа Г. еще в детстве только тогда могла ощущать связь со своими родителями и чувствовать, что у нее есть отношения с ними, когда «все шло идеально», – паттерн, который, возможно, действовал в течение

всей ее жизни и продолжал действовать до сих пор. Она должна была быть – и, возможно, действительно была – «любимицей» своих родителей. Привязанность ей «предоставляли» как надежную базу лишь тогда, когда дочь могла идеально соответствовать ожиданиям и представлениям своих родителей. Можно предположить, что все отрицательные чувства, а также не столь идеальные формы поведения и мысли для пациентки (а изначально – для ее родителей) были настолько оскорбительными, что она очень рано научилась отфильтровывать или отрицать их, формируя «ложную самость». Благодаря своим талантам и хорошим функциям Я, г-же Г. в значительной степени удавалось поддерживать картину идеальной себя и идеальных родителей и жить с этим. Когда смотришь на всю эту картину, поверхность ее представляется так гладко отполированной, что я как партнер по социальному взаимодействию во время первичной беседы с пациенткой не переживаю настоящего, непосредственного контакта с ней. Так как она сама в детстве не чувствовала, что ее признают и принимают со всеми ее многочисленными качествами, в том числе с отрицательными и несовершенными, то теперь для нее самой оказывается невозможным эмоционально принять *своего* ребенка (которого она также хотела бы представить своим родителям как идеального внука) с выявленным пороком развития, а затем настроиться на привязанность к этому ребенку. И все-таки ее потребности привязанности кажутся очень сильными. На этом фоне пациентка уже установила очень интенсивную пренатальную связь со своим ребенком. Поэтому уже одно только представление о прерывании беременности вызывало у нее чувство скорби и такую реакцию, как будто теперь ее саму не принимают и отвергают собственные родители. Собственно говоря, именно она сама в идентификации со своим ребенком чувствует, что родители не примут и отвергнут ее, если она не сможет предстать перед ними с ребенком в «идеальном виде».

Вся эта динамика может рассматриваться, с одной стороны, как нарциссическая проблематика при ярко выраженном нарушении самоценности[4]. С позиций динамики привязанности это расстройство может быть понято таким образом, что пациентка получала от своих родителей надежную привязанность, защиту и поддержку только тогда, когда представала перед ними в соответствии с неким идеальным типом, как ожидаемое «любимое дитя», «солнышко». Она опасается, что родители не примут и отвергнут ее, если она сама, а теперь и ее ребенок, с которым она очень сильно идентифицирована, не впишется в этот ожидаемый образ. Поэтому она не может представить себе, что при таком пугающем диагнозе – пороке развития у ребенка – можно обратиться к своим родителям как к надежной базе. Она не хочет говорить с ними об этом диагнозе, в своей фантазии ожидая лишь отвержения и неприятия. Подобный паттерн отношений она установила и со своим мужем – ведь все планирование жизни и свое развитие она до сих пор подводила под описанный идеальный паттерн привязанности.

Ход терапии

С самого начала пациентка довольно интенсивно искала утешения и эмоциональной поддержки, так что было нетрудно предложить ей это на фоне развивающейся надежной базы. Ее фантазии всецело были заняты потерей ребенка и прощанием с ним. Мои интервенции во время первых 20 лечебных сеансов, проходивших дважды в неделю в положении сидя, были нацелены на вопрос, как она может – и может ли вообще – представить себе жизнь с ребенком. Это отклонялось ею как «совершенно невозможное». Постепенно становилось все яснее, что предполагаемое отвержение, которого она так боялась, исходило бы главным образом от ее родителей. Супруг пациентки, напротив, вполне мог представить себе жизнь с этим ребенком, узнав вместе с женой еще в одной беседе с гинекологом подробности о последствиях дефекта развития плода. Такое несогласие в позициях привело к явному конфликту супругов, но пара лишь с трудом могла говорить о нем. Пациентка все больше впадала в депрессию, становилась апатичной, была не в состоянии работать и часами лежала в постели, размышляя о предстоящем прерывании беременности.

В это время я решил интенсифицировать лечение и тем самым и привязанность, предложив проводить сеансы три раза в неделю. Пациентка с готовностью и с удовольствием поддержала это предложение. С большим трудом и лишь постепенно она смогла начать говорить о своем предполагаемом или частично пережитом отвержении со стороны родителей, когда она как дочь была бы не столь идеальной, как это от нее ожидалось. Пациентке вспомнились многие события и сцены, в которых родители грозили лишением привязанности и отношений, когда она полностью не соответствовала тому или иному ожиданию. Это началось с периода ранней самостоятельности, воспитания чистоплотности, а также с достижений в школе. В целом принцип достижения результатов и этакая поверхностная, играющая яркими красками, образцово-показательная «нормальность, как в книге с картинками» стали ориентиром для привязанности. Из-за этих детских переживаний пациентка не могла обратиться за поддержкой и помощью к своим родителям в ситуациях, когда она испытывала страх и угрозу, потому что, как правило, это означало бы, что что-то было неидеальным. «В случаях, когда ей было совсем плохо», она, по ее словам, чувствовала себя очень одинокой, подавленной и «глубоко несчастной». Тогда она удалялась в свою комнату или часами одна гуляла по лесу, чтобы скрыть от родителей, что в таких ситуациях она безудержно и долго плакала.

По мере проработки этих детских переживаний в терапии пациентке все больше удавалось эмоционально настроиться на отношения с мужем. На этом фоне мы смогли достичь апогея в лечении, когда г-жа Г. с огромным напряжением и бешено колотящимся сердцем сообщила своим родителям о дефекте развития своего ребенка. Хотя родители, узнав об этом, были настроены очень скептически и критически, они все же не стали, как ожидалось, давить на нее и не пытались склонить ее к прерыванию беременности. Это было огромным

облегчением для пациентки, и постепенно она все больше могла допустить представления и фантазии о жизни с этим ребенком. При этом она чувствовала поддержку как от терапии, так и от своих родителей. Теперь эмоционально она также могла лучше настроиться на своего ребенка и свою беременность, чему дополнительно способствовало то, что ребенок начал отчетливо шевелиться, а живот продолжал расти. И пусть у г-жи Г. все еще оставались значительные сомнения (а вдруг ее родители после рождения ребенка изменят свое мнение и, не приняв его, откажутся быть ему бабушкой и дедушкой), теперь она уже нисколько не сомневалась, что будет жить вместе со своим мужем и этим ребенком и строить общее будущее.

В рамках дальнейшей терапии пациентка, поддерживаемая мужем, взяла на себя также смелость, не советуясь с родителями, принимать собственные решения по многим деталям строительства дома и по его обстановке, хотя рисковала «быть отвергнутой ими» из-за этого.

Конец беременности и роды прошли без особых осложнений. Супружеская пара была счастлива со своим новорожденным сыном. Диагностированный дефект развития функционально не вызвал никаких серьезных недугов, так что «чисто внешне все было нормально». Однако в эмоциональном плане пациентка настолько изменилась, что смогла принять своего ребенка с его пороком развития, «таким, какой он есть, со всеми привходящими обстоятельствами».

Заключительные замечания и катамнез

Конечно, за такое относительно короткое время лечения невозможно было окончательно и в достаточной степени вылечить то тяжелое нарушение привязанности, которое было выявлено в клинической картине нарушения самоценности личности. Но терапия помогла остановить острый кризис пациентки с тяжелой депрессивной регрессией и поддержать ее настолько, что г-жа Г. смогла проработать часть ранней истории своей жизни, чтобы затем принять и свою беременность, и своего ребенка с пороком развития таким, какой он есть. При этом – наряду с надежной базой, которую предоставляла терапия, – существенную поддержку и помощь в установлении привязанности, без сомнения, оказали отношения с мужем.

Здесь нужно обратить внимание на то, что необходимо распознавать поддерживающие или, наоборот, блокирующие отношения привязанности пациентов во время текущего лечения и соответственно эмпатийно думать и вчувствоваться в ситуацию, а также включать эти отношения в терапевтические действия. Было бы самонадеянно думать, что при тяжелых расстройствах привязанности только *одни* лишь терапевтические отношения могли бы привести к прогрессу в развитии и служить его гарантией. Терапию легче проводить, когда к ней для сопровождения процесса лечения можно подключать близких значимых лиц пациентов, у которых с ними сложились поддерживающие отношения. С другой стороны, препятствием может оказаться то обстоятельство, что деструктивные отношения в окружении препятствуют или мешают фор-

мированию надежной привязанности в рамках терапевтических отношений. Близкие могут даже настаивать на прекращении лечения.

После создания надежной базы терапии важно ободрить и поддержать пациента в установлении новых надежных отношений привязанности за пределами терапевтического контекста, еще до того, как ему придется окончить терапию. В этом случае пациенту в конце терапии будет легче разорвать терапевтические связи. Новая доверительная надежная база, созданная пациентом вне терапии, является защитным фактором его будущего развития.

Через несколько недель после родов г-жа Г. пришла ко мне на заключительный сеанс вместе с мужем и ребенком; она была преисполнена гордости за своего «не столь идеального ребенка», который теперь был именно *ее* ребенком. Впоследствии я больше ничего не слышал ни о ней, ни о ее ребенке.

ПОСТПАРТАЛЬНОЕ НАРУШЕНИЕ ПРИВЯЗАННОСТИ

Мать в послеродовой депрессии

Многочисленные обзоры указывают, что до 15–20% всех матерей после рождения доношенного ребенка страдают послеродовой депрессией в более или менее выраженной форме. Ее не надо путать с так называемыми «днями рёва» (baby blues), то есть с плачем и резкими перепадами настроения в течение первых 10 дней после родов. Послеродовая депрессия – это тяжелое психическое расстройство, которое может нанести серьезный ущерб привязанности матери и ребенка и требует психотерапевтического лечения.

Первичное знакомство и симптоматика

Г-жа Д. по телефону записывается ко мне на психотерапию по совету детского врача. Когда она спрашивает о наличии свободного места на лечение, ее голос кажется мне приятным; она хочет узнать, когда и где проводится психотерапия, как она проходит и по правильному ли адресу она попала ко мне со своими «депрессивными настроениями». Так как меня ей, очевидно, порекомендовал детский врач, я уже по телефону спонтанно ощущаю позитивный перенос на себя. Во время этого телефонного разговора мне приходится очень дифференцированно и продуманно подойти к согласованию времени первичной консультации с ней, потому что у пациентки четверо детей в возрасте 5 месяцев, 4, 6 и 7 лет. В конце концов удобное время находится в первой половине дня, когда старшие дети в детском саду и в школе, а младшего пациентка может брать с собой, приходя на терапию. На это она реагирует с облегчением, потому что ее мать за прошлые месяцы и так уже много помогала ей в уходе за детьми и г-жа Д. больше не хочет «без особой необходимости чрезмерно напрягать ее».

На первую беседу пациентка пришла со своим пятимесячным сыном, которого она принесла в детском сидении. Ребенок спит и ничто не мешает на-

чать разговор. Она сообщает, что после каждой беременности в первые месяцы после родов у нее были депрессивные колебания настроения, которые каждый раз диагностировались как «эндогенные», проводилось психиатрическое лечение. Терапия осуществлялась в виде назначения антидепрессантов и поддерживающих бесед с лечащим психиатром. Но, по ее словам, после последних родов дело обстояло особенно плохо. Теперь она уже в течение трех месяцев пребывает в такой депрессии, что по утрам часто не может заниматься домашними делами. Она чувствует, что это выше ее сил: готовить еду, отводить детей в школу и детский сад, ухаживать за своим младенцем. По этой причине она искала поддержки у матери, которая, беря на себя большую часть дел по дому, давала ей возможность отдохнуть несколько часов и даже дней. Медикаментозное лечение – то же, что и раньше. Раньше она уже через 4–6 недель чувствовала облегчение, но в этот раз у нее такое чувство, что депрессивное состояние с каждой неделей все усиливается. Все это для нее необъяснимо, потому что четвертого ребенка она хотела, а гормональная перестройка после беременности, которую гинеколог все время называл главной причиной депрессии, уже должна была бы закончиться. По словам пациентки, она впервые обращается за психотерапевтической помощью, потому что у нее создалось впечатление, что беседы с психиатром, пусть даже непродолжительные, все же приносили ей облегчение и помогали. С одной стороны, она часто бывает совсем без сил и единственное, на что способна, это удалиться от дел и на много часов залечь в постель. С другой стороны, иногда в вечерние часы она начинает суетиться и «развивает бурную деятельность», тогда ей нужно подготовить тысячу вещей на следующий день, и она может так «закопаться в мелочах», что не замечает основного. В хорошие времена она может прекрасно вести домашнее хозяйство и организовывать семейную жизнь, тогда у нее «все схвачено». Ее муж может сам распределять свое рабочее время; в последнее время он – еще больше, чем раньше – помогал ей и поддерживал ее в воспитании детей и в домашних делах. По сравнению с прежними временами, она сейчас работает гораздо меньше и очень недовольна собой, потому что ей приходится доставлять так много хлопот другим, от которых она получает столько помощи и поддержки.

Анамнез

Г-жа Д. выросла в большой семье, в которой было шестеро детей. Она была вторым ребенком, старшая сестра была на 2 года старше, после пациентки родились двойняшки (мальчик и девочка), на 2 года младше ее, а потом были две сестры, одна младше ее на пять, другая – на семь лет. Вместе со старшей сестрой, которая была для нее «большим примером», и с матерью она уже с раннего возраста «усердно» заботилась о своих младших братьях и сестрах и совершенно естественно научилась тому, как можно совмещать ведение домашнего хозяйства с воспитанием детей. Ее мать, по словам г-жи Д., была спокойным человеком и оплотом семьи, а благодаря помощи двух старших

детей, бравших на себя часть обязанностей, она находила время и для младших, чтобы «при возникновении неприятностей иметь возможность выслушать всех детей». Семья также активно участвовала в жизни религиозной общины, в которой в трудных ситуациях в любое время можно было получить помощь и поддержку.

Пациентка описывает семейную структуру как социальную сеть поддержки, в которой мать воспринималась как «замечательная мать, как спокойный надежный полюс». Отец, по словам г-жи Д., всегда был в семье больше «министром иностранных дел», то есть отвечал за организационные вопросы и внешнюю активность. Но с ним было чудесно играть по вечерам, а во время отпуска с ним можно было хорошо проводить время. Ее самым заветным желанием всегда было со временем также завести большую семью и, подобно ее матери, с удовольствием и радостью смотреть, как растут дети. По этой причине она в 20-летнем возрасте стала искать себе супруга, который не был бы слишком занят по работе и слишком честолюбив, чтобы у него еще оставалось время на семью. Она до сих пор поддерживает тесные контакты со своими сестрами и братом, с другими родственниками и с родителями, так что в тяжелые и кризисные времена может рассчитывать на помощь родителей, родственников и знакомых. Она сама, подобно своим родителям, вела активную работу в церковной общине и занималась на общественных началах разными видами деятельности, которые давали ей возможность «порой сбегать от семьи».

К концу первой беседы младенец проснулся, и я наблюдал, с какой чуткостью г-жа Д. обращалась с медленно просыпавшимся ребенком. В конце концов малыш стал проявлять все большее беспокойство; пациентка осведомилась, может ли она еще перед тем, как уехать на машине, покормить ребенка грудью у меня в кабинете, потому что наступило время следующего кормления. Мать и дитя производили впечатление вполне гармоничного единства. Однако затем пациентка сообщила, что ее ребенок часто бывает беспокойным, капризничает и его с трудом удается успокоить, особенно когда в семье бывает суета и толчея. Она сама в такие времена часто впадает в апатию, не знает, что делать, хочет, чтобы скорее наступил час, когда муж, наконец, придет с работы домой, чтобы можно было сдать ему ребенка с рук на руки. Ее ночной сон часто прерывается плачем ребенка, и, может быть, из-за этого она так истощена и переутомлена. Она сказала, что удивляется тому, что помощь от других, с одной стороны, облегчает ей жизнь, а с другой – вызывает «еще худшие чувства», ведь получается, что другие люди демонстрируют ей ее собственную неспособность.

Соображения относительно динамики привязанности

Можно предположить, что хотя г-жа Д. и считала свою мать вполне надежной базой и сама в детстве сформировала вполне надежную привязанность к ней, но из-за рождения двойняшек и связанной с этим загруженности матери стадия материнской заботы о ней была слишком короткой. Уже в очень раннем

возрасте ей пришлось взять на себя роль матери и заботиться о своих младших сестрах и брате, отбросив собственные желания, чтобы помочь матери. Таким образом, ее собственные потребности в привязанности и поддержке не всегда удовлетворялись. Более того, самой пациентке не по годам рано приходилось служить надежной базой для брата и сестер.

Рассматривая этот случай с классической динамической точки зрения, можно было бы предположить, что ее собственные потребности, характерные для оральной стадии, не были удовлетворены в достаточной степени. В силу этого она превратила свою потребность в матери в потребность самой быть матерью и создала собственную большую семью. Однако здесь она оказалась настолько сильно занята всевозрастающими желаниями и потребностями детей, особенно в первый год жизни, что ее ресурсы, ввиду собственных ранних дефицитов, оказались недостаточными и после каждых родов появлялась депрессивная реакция. Теперь, после рождения четвертого ребенка, ее положение оказалось настолько трудным, что прежних защитных механизмов для компенсации уже больше не хватало. Наступила особенно тяжелая послеродовая депрессивная стадия, на которой самой пациентке потребовались уход и забота со стороны других людей.

С точки зрения динамики привязанности можно было бы добавить следующее: пациентка со своим чутким отношением к детям, наблюдаемым мною в социальном взаимодействии с младенцем (при том, что у нее было четверо детей), дошла до такого предела, что теперь, ввиду появления еще одного, трудного младенца, уже не могла реагировать адекватно и чутко. Пропасть между ее реальными поведенческими возможностями, с одной стороны, и высокими притязаниями – с другой, становилась все больше. Возникает вопрос, для скольких детей одновременно она могла предоставить «надежную базу», потому что у нее, в отличие от ее матери, еще не было достаточно больших детей, которые могли бы заменить и разгрузить мать. Помощь со стороны бабушек и дедушек, других значимых лиц сначала привела к ослаблению физической и психической нагрузки. Однако вскоре у пациентки появились дополнительные жалобы на ощущение несостоятельности, неспособности, потому что она чувствовала разрыв между своими способностями к установлению надежной привязанности со своим младенцем и реальными требованиями, с которыми она уже не справлялась. Таким образом, хотя в этой ситуации с огромной нагрузкой она и получала помощь от многих людей, но, поскольку у нее были собственные более ранние дефициты, эта помощь оказалась недостаточной, чтобы она снова могла полностью посвятить себя исследовательской деятельности, то есть заботе о детях и домашнем хозяйстве. Зная свою потенциальную способность к чуткому поведению, она требовала от себя полного удовлетворения всех потребностей детей, но не справлялась с этой задачей. Разверзлась пропасть, которая становилась все больше, но сократить ее, опираясь на свои собственные возможности, женщина уже не могла. Уединяясь и отлеживаясь в постели, что в принципе не давало облегчения

и не приводило к восстановлению сил, пациентка подавала признаки того, что ее ранняя надежная база была нестабильной. В противном случае она смогла бы просто принять предложения помощи и почерпнуть из них достаточно силы, чтобы соответствовать предъявляемым ею к себе самой требованиям. Баланс между привязанностью и исследовательской деятельностью оказался нарушенным. Произошло регрессивное развитие, в котором предложения привязанности извне уже больше не могли переживаться как достаточно полезные и помогающие.

Я ожидаю, что пациентка, которая ставила перед собой высокую планку относительно выполнения своих материнских функций и проявления чуткости в социальном взаимодействии со своими детьми, и ко мне будет предъявлять такие же высокие требования. Я думаю, что идея Винникотта о «достаточно хорошей матери» могла бы дать ей облегчение в этой ситуации.

Ход терапии

Если на первые сеансы г-жа Д. еще брала с собой своего маленького сына, в дальнейшем она все-таки смогла «позволить себе» приходить на терапевтические сеансы одна, а ребенка на это время отдавать на попечение своей матери. Проработка лишь только этой тематики («брать что-то для себя без необходимости делиться этим с другими», то есть использовать час терапии со мной целиком только для себя, для осуществления собственных потребностей в поддержке, надежности, безопасности и защищенности) заняла много места в терапии. Она также вспомнила, как ей всегда приходилось делить свою мать с братом и сестрами, так что в конечном итоге для отдельно взятого ребенка не оставалось достаточно времени для уединения вдвоем с матерью. В сообщениях пациентки о собственных детях и обо всей семье проявился весь спектр ее чуткости. Она очень подробно рассказывала о том, как росли и воспринимали окружающий мир ее дети, какие требования они предъявляли к ней в разном возрасте. Поэтому неудивительно, что при таком высоком уровне саморефлексии и высоких требований к самой себе она при наличии четырех детей дошла до пределов своих возможностей как мать. Ситуация усугублялась еще и тем, что самый маленький ребенок то ли реактивно, то ли из-за более сложного темперамента занимал все ее внимание и требовал всей ее чуткости. Как следствие, разрыв между ее идеальным и фактическим представлением о себе становился все больше, приводя ее в состояние физического и психического изнеможения. Поэтому терапия была сфокусирована на идее, что ей надо выделять какое-то время исключительно для себя, которое не нужно было бы «больше ни с кем делить», причем не только на терапевтическом сеансе, но и в отношениях с мужем, с каждым ребенком в отдельности и с собственной матерью. В контрпереносе создалось впечатление, что пациентка постепенно даже стала наслаждаться этим «часом только для себя», потому что в течение этого времени она была недоступна ни для кого из семьи («час для меня, в течение которого никто не зовет маму»). Что касается ее симптомов, то ей стало

настолько лучше, что она смогла снизить частоту терапевтических сеансов. Когда ее маленький сын начал ходить в возрасте 11 месяцев, она уже не могла регулярно, каждую неделю приезжать на терапию, потому что не хотела больше так часто оставлять «этого непоседливого маленького парнишку» на попечение престарелой матери. Тем не менее для г-жи Д. было важно сохранить часы терапии на крайний случай, «как маленькие островки, чтобы подзарядиться». Поэтому лечение шло в течение двух лет с довольно продолжительными перерывами между отдельными сеансами. В последней трети терапии пациентка использовала эти часы отчасти для обсуждения вопросов своей собственной жизни, волновавших ее в данный момент (например, насколько она может нагружать свою пожилую мать) или когда у нее появлялось чувство вины. Однако она использовала эти сеансы и для того, чтобы обсудить тот или иной вопрос, связанный с воспитанием и развитием своих детей, чтобы поразмышлять об этом в спокойной обстановке и получить мою поддержку и консультацию по воспитанию.

После трех месяцев психотерапии депрессивная симптоматика полностью исчезла. Исключение составили несколько дней, когда пациентка после бессонных ночей из-за плача младенца, у которого резались зубки, чувствовала себя физически совершенно обессилевшей. Однако она очень хорошо понимала причину такого самочувствия и отделяла эти случаи от первоначальной депрессивной симптоматики.

Заключительные замечания и катамнез

Ориентация на надежную привязанность не защищает от отягчающих жизненных обстоятельств, в данном примере – от нагрузки из-за рождения двойняшек, брата и сестры, когда пациентке было 2 года, а также рождения еще двух сестер. Однако преимущество надежной привязанности состоит в более быстром восстановлении, когда внешняя нагрузка уменьшается и создаются условия для возвращения в обычное состояние за счет активизации прежних резервов.

Остается открытым вопрос, произошло ли улучшение в депрессивной симптоматике из-за психотерапевтического лечения, из-за непрерывавшегося и проводившегося параллельно психофармакологического медикаментозного лечения или же из-за ремиссии посредством самоизлечения. Этиология послеродовой депрессии до сих пор не выяснена. Обсуждается взаимодействие многих факторов на стыке эндокринологии, физиологии нейромедиаторов и психодинамики. Подход с позиции теории привязанности стал исходной посылкой для понимания ситуации и заболевания пациентки, а также для соответствующих психотерапевтических действий. Было бы интересно понаблюдать, заболела бы пациентка послеродовой депрессией после рождения еще одного ребенка. Однако, пройдя психотерапевтическое лечение, она все-таки решила, что для нее как матери воспитание четырех детей и наставление их на путь истинный – уже достаточно хорошее достижение.

Г-жа Д. до сих пор иногда звонит мне, когда хочет кратко обсудить тот или иной вопрос по воспитанию детей. Она использует эту возможность, чтобы между делом или, так сказать, «в дополнение», получить поддержку для себя, которую я с удовольствием ей оказываю. Депрессивных приступов, как те, что имели место после последних родов, больше у нее не было.

Мать в послеродовом психозе

Матерей с послеродовым психотическим заболеванием сегодня, как правило, все еще разлучают с их младенцами, если их направляют на стационарное психиатрическое лечение. В Германии в психиатрических клиниках нет отделений матери и ребенка, которые позволяли бы госпитализировать заболевшую мать вместе с ее младенцем. До сих пор в Германии существует очень мало возможностей для совместного стационарного лечения матери и ребенка (Hartmann, 1997a, 1997b; Hartmann & Grande, 2007; Lanczik, 1997). Далее я остановлюсь на трудном процессе формирования привязанности у этих матерей и их детей.

Первичное знакомство и симптоматика

Г-жу Е. направляют на стационарное психиатрическое лечение из-за острого послеродового психоза после рождения первого ребенка; на момент госпитализации младенцу 14 дней. Она приходит в приемное отделение вместе с мужем, который держит ее за руку как ребенка, в то время как она боязливо оглядывается. Во время первичной беседы она также выглядит боязливой и робкой, как будто чувствует угрозу для себя. Она настаивает на том, чтобы первая беседа проводилась в присутствии ее мужа, за руку которого она по-прежнему цепляется. Она пододвигает свой стул близко к нему, явно ищет у него защиты и хочет, чтобы сначала именно он рассказал ее историю.

По его словам, беременность и рождение их маленькой дочки проходили без каких-либо особенностей и совершенно нормально. Он также сообщил, что они очень радовались беременности и ребенку, мать и дитя сначала пребывали в добром здравии. Но уже в клинике стало заметно, что жена, по мнению медсестер, ухаживавших за грудными детьми, иногда была «ненадежной», заботясь о своем ребенке; так, она пошла за покупками в больничный киоск, оставив своего кричащего младенца одного в комнате. Однако поскольку в ряду находились другие пациентки вместе со своими детьми, ничего плохого не произошло.

Сначала такое поведение еще не вызывало слишком большого беспокойства. Но когда отец потребовал объяснений от жены, она отреагировала весьма уклончиво и вдруг совсем перестала отвечать на его вопросы. Он почувствовал, что она очень изменилась и замкнулась, и больше не мог установить с ней эмоциональный контакт. И он сам, и другие пациентки, и медсестры, ухаживавшие за новорожденными, обратили внимание на то, что она все чаще обращалась с младенцем как с куклой и занималась им в зависимости от жела-

ния и настроения, а потом резко и по непонятной для окружающих причине просто откладывала ребенка в сторону. Лишь постепенно из беседы с привлеченным к лечению психиатром, к которому г-жа Е. обращалась для консультации и после выписки, выяснилось, что ей в это время приходила в голову мысль, что она должна убить своего ребенка. Поэтому она отходила от ребенка, опасаясь, что не сможет контролировать свои импульсы.

Г-жа Е. безучастно прислушивается к рассказу своего мужа. Позже выяснится, что ее лечат транквилизаторами, чем отчасти и объясняется ее ограниченный аффективный резонанс и неподвижность мимики. Так как ее супруг и другие родственники опасались, что пациентка, несмотря на амбулаторное психиатрическое лечение, действительно не будет уделять ребенку внимания или поддастся своим импульсам, которых она так опасалась, в конце концов было рекомендовано стационарное лечение. Г-жа Е. смотрит на меня враждебно и напряженно и довольно резко комментирует, что она вполне в состоянии сама позаботиться о своем ребенке и ни в коем случае не согласна на госпитализацию в стационар. Г-жа Е. говорит, что она мать и должна быть со своим ребенком. Г-н Е. добавляет, что об их ситуации было проинформировано местное управление по делам молодежи и что по этой линии хотят организовать круглосуточную помощь в уходе за ребенком, а пока что приехала мать пациентки.

Анамнез

Г-жа Е. была младшей из двоих детей. Брат был на 4 года старше ее. Об отношениях со своей матерью она мало что могла сказать; по ее выражению, мать – «трудная женщина». Когда ей было 10 лет, отец неожиданно «взял и упал замертво». Раннедетские переживания или выпали у нее из памяти, или она о них не сообщала. В наших первых беседах г-жа Е. по отношению ко мне была в целом сдержанна вплоть до неприятия и подчеркивала, что она пришла не по доброй воле. Ее ответы были короткими и немногословными, или же она просто молчала, глядя в пол. Отрывочно и в общих чертах она описывает историю «нормальной жизни» без каких-либо особых взлетов и падений. Она ходила в детский сад и в школу, прошла профессиональное обучение, вышла замуж и родила ребенка. Обращало на себя внимание то, что хотя аффекты чувствовались в контрпереносе во всех ее рассказах и переживались мною по большей части как сильнейшее диффузное напряжение, пациентка никак могла это выразить или сформулировать. Лишь гораздо позже, когда состояние г-жи Е. улучшилось, я узнал, что ее мать «отказалась от всего ради детей и делала для них все». Она, как «наседка», «заправляла» всем в доме, была энергичной, окружала детей заботой и оберегала их. Мать также страдала «депрессиями». Она неоднократно была на лечении в стационаре, потому что, как, оглядываясь назад, предположила г-жа Е., «хотела покончить с собой». Пациентка не могла, да и не хотела вспоминать об этом времени. У нее в памяти остались лишь обрывочные картины: приезд врача скорой помощи

и полиции, санитарная машина и психиатрическая клиника. Эти события пришлись на время, когда она ходила в начальную школу. Отец тогда внезапно умер от какого-то сердечно-сосудистого заболевания. С тех пор, по выражению г-жи Е., мать просто-таки «накинулась на детей и вцепилась в них». От мысли, что ее мать теперь заботится о ее маленькой дочке, г-жа Е. «просто с ума сходила». Поэтому она все время настаивала на том, чтобы ее как можно скорее выписали, и вообще не хотела соглашаться на стационарное лечение. При этом она колебалась межу изначально недостаточным осознанием своей болезни и последующей неправильной оценкой того, чего ей уже удалось добиться в контактах и отношениях со своим младенцем. После каждого пребывания дома, куда ее отпускали на выходные, ее симптоматика снова усиливалась и она чувствовала себя совершенно измученной и обессилевшей.

Соображения относительно динамики привязанности

Несмотря на фрагментарность анамнеза, все же можно предположить, что г-жа Е. выросла в очень трудных условиях амбивалентной привязанности к матери. Хотя у них и не было разрывов отношений с пренебрежением или жестоким обращением, но у матери пациентки, очевидно, не раз были депрессии с попытками суицида или склонностью к самоубийству, которые делали необходимым ее стационарное лечение. Можно предположить, что г-жа Е. еще в детстве на собственном опыте узнала, что такое очень неустойчивые отношения с матерью, то есть постоянное чередование периодов преувеличенной сверхзаботы вплоть до полного контроля и внезапного прекращения отношений из-за попыток матери покончить жизнь самоубийством. Во время депрессивных стадий мать наверняка была мало доступна для нее в эмоциональном плане или была ненадежна в своем чутком поведении, связанном с уходом за детьми, а также в социальном взаимодействии. Таким образом, мать пациентки не могла обеспечить надежную базу привязанности для ее развития в процессе исследовательской деятельности. Во время так называемых здоровых стадий своей матери она чувствовала, что ее контролируют, над ней доминируют и ее явно ограничивают в возможностях исследовать мир.

Теперь, когда г-жа Е. сама стала матерью и должна сформировать привязанность, она реагирует аналогичным дезорганизованным поведенческим паттерном, который, с одной стороны, характеризуются близостью и постоянством в отношениях с ребенком, а с другой – внезапными, непонятными для непосвященных разрывами отношений. Правда, такое поведение, которое наблюдали другие люди, еще не объясняет ее фантазий, внезапных побуждений и представлений о том, что ей нужно убить своего ребенка. Можно предположить, что содержавшиеся в ее фантазиях агрессивные представления изначально относились к ее матери и на самом деле были направлены против ее собственного внутреннего ребенка – ее самости – и теперь проецируются на ее ребенка. С точки зрения теории привязанности, не находится приемлемого объяснения для этого сложного процесса, который, однако, можно опи-

сать как пример проективной идентификации: в детстве при быстро чередующихся неустойчивых формах поведения матери г-жа Е. научилась внутренне контролировать свой страх и агрессивные чувства во время ее опасных посягательств; кроме того, она также научилась контролировать страхи и агрессивные чувства, возникавшие из-за внезапных прекращений отношений, чтобы не подвергать еще большей опасности отношения с матерью. Теперь эти страхи и агрессивные чувства из раннего социального взаимодействия с матерью, непроизвольно сохраненные в процедурной памяти, прорываются из прошлого и реактивируются в переносе на ее ребенка. Для стороннего наблюдателя эти симптомы представляют собой психотические фантазии, поскольку они не дают прямого доступа к пониманию конфликта. На самом деле, г-жа Е. не имеет ни эмоционального, ни сознательного мнемического доступа к этим импульсам из-за хранящихся в процедурной памяти ранних интеракционных переживаний и соответствующих агрессивных аффектов. Так, ее собственная бессознательная агрессивная аффективность проявляется в фантазии об убийстве своего ребенка, и в то же время из-за своих неосознанных страхов она боится, что ее мать могла бы что-то сделать с ее ребенком.

Для успеха терапевтического процесса с г-жой Е. большое значение будет иметь установление сети структурированных стабильных отношений для обеспечения надежной терапевтической базы, которая должна формироваться чутко и предсказуемо. Эти отношения должны быть такими прочными, чтобы терапевт не только не испугался прорвавшихся агрессивных импульсов г-жи Е., но, напротив, смог выдержать их в контрпереносе.

Ход терапии

В течение первых трех недель лечения я разговаривал с г-жой Е. три раза в день по пять минут. Более длительный контакт был невозможен из-за ожесточенной защиты, которую я испытал на себе в контрпереносе, из-за агрессивного напряжения и отчетливо ощущавшегося недоверия пациентки ко мне. Эти взаимодействия и контакты были четко спланированы, за ними было закреплено совершенно определенное время, и они были включены в установленный распорядок дня. Уже через несколько дней наши краткие встречи стали для нее очень важны; когда я приходил, она каждый раз уже сидела в ожидании у двери моего кабинета. Затем, в ходе дальнейшего лечения, мы смогли постепенно увеличить продолжительность бесед сначала до двух раз в день по 10 минут, потом по 20 минут, а к концу лечения длительность встречи составляла уже примерно 40 минут в день. Такое изменение частоты и продолжительности встреч мне самому напоминало «кормление грудью».

Вопреки моему обычному подходу, который – именно при структуре привязанности с избеганием отношений – предоставляет пациенту больше возможностей влиять на формирование отношений и частоту встреч, здесь сеттинг характеризовался надежной структурой, заданной терапевтом. Пациентке, пребывающей в состоянии амбивалентности и ненадежности, не пришлось самой

беспокоиться о частоте и распределении терапевтических сеансов; напротив, она обнаружила терапевтическую сеть контактов и структур, которые должны были придать ей уверенности и создать ощущение надежности. Такое же структурирование контактов поддерживалось обслуживающим персоналом и всей организацией работы отделения в целом. Сложившаяся у пациентки внутренняя рабочая модель надежной привязанности, дающая опору и поддержку, была, скорее всего, результатом не только индивидуальных отношений со мной, но и всего курса лечения в данной терапевтической обстановке.

В начальной стадии лечения все желания пациентки сводились к тому, чтобы быть вместе со своим ребенком. Ее, как уже говорилось, охватывал ужас при мысли, что за ребенком сейчас присматривает и ухаживает ее собственная мать. Поэтому во время совместных бесед с ее мужем мы смогли договориться, чтобы во время своего отпуска, а также и впредь (он уже получил временное освобождение от работы), он взял на себя заботу о ребенке и как можно чаще приходил в больницу навещать жену. Вместе с мужем пациентка занялась уходом за ребенком, а также могла совершать продолжительные пешие прогулки и заглядывать домой. Муж стал важной надежной базой привязанности, на которую г-жа Е. могла «во всем положиться». Это проявилось уже тогда, когда она, поступив в приемное отделение для госпитализации, крепко вцепилась в своего мужа. С тех пор ей все больше удавалось проявлять самообладание и компетентность в уходе за своим младенцем, и она смогла договориться с мужем, чтобы он снова немножко отстранился от ухода за ребенком. На фоне постоянного приема нейролептических препаратов внезапные агрессивные побуждения к убийству ребенка также стали все больше уходить в прошлое. В беседах мне почти не удавалось поговорить с г-жой Е. о содержании этих побуждений, потому что по мере выздоровления она сама все больше пугалась этого и приходила в ужас. Предыстория привязанности, которая предположительно лежала в основе ее агрессивных импульсов, не была доступна для сознательной проработки, поскольку она была полностью диссоциирована от переживаний самой пациентки. Так как она в отделении клиники – и дома в присутствии своего мужа – все более компетентно ухаживала за ребенком, больше ничто не мешало ее выписке и дальнейшему амбулаторному лечению.

Заключительные замечания и катамнез

После пребывания г-жи Е. в больнице сам я не проводил с ней терапевтических сеансов, но мне известно, что она проходила дальнейшее амбулаторное психиатрическое, а также медикаментозное лечение.

Этот пример указывает на существующую в Германии проблему, связанную с тем, что мать и ребенок при ранних послеродовых заболеваниях лишь в исключительных случаях могут быть госпитализированы в психиатрические клиники в отделения матери и ребенка. Эту проблему необходимо разрешить в ближайшем будущем, так как в противоположность, например, Великобритании в Германии из-за таких послеродовых психотических заболеваний про-

исходит следующее: за младенцами сначала приходится ухаживать родственникам или посторонним людям, или их приходится даже надолго отдавать кому-то на воспитание. Матери во время стационарного психиатрического лечения теряют контакт со своими детьми, и, если социальное окружение, как в данном случае муж, не может обеспечить семейного ухода, происходит эмоциональное отчуждение. В Великобритании, напротив, благодаря госпитализации матери и ребенка в соответствующую палату, в большинстве случаев удается сформировать привязанность между ними и поддерживать ее, пока мать проходит стационарное психиатрическое лечение. В таких случаях мать и ребенок не разлучаются и в дальнейшем, после выздоровления матери, смогут вместе развивать свои отношения.

Кроме того, данный пример показывает, как трудно и порой даже невозможно бывает использовать основанный на теории привязанности подход для проработки самых ранних отношений привязанности и социального взаимодействия (в данном случае агрессивных аффектов), которые, по всей видимости, сохранены в процедурной памяти. Так как эти переживания и аффекты находятся в пространстве предвербального раннедетского развития, они бывают весьма труднодоступны для вербальной терапии. Лучше всего они могут быть проработаны через понимание на основе переноса и контрпереноса или путем применением так называемых невербальных методов психотерапии (таких, например, как арттерапия, терапия движением или музыкотерапия). Для этого требуется довольно длительное лечение.

И все-таки подход с позиции теории привязанности с учетом ранней травматизации из-за быстро меняющегося, неустойчивого поведения матери при уходе за ребенком, как в случае с данным пациентом, создает теоретический фон, который делает очевидной необходимость построения последовательной надежной структуры отношений с четкими, предсказуемыми терапевтическими рамками. Такой подход мог бы, например, наряду с теорией объектных отношений, дать полезный и дополняющий другие методы образец для объяснения.

Травма преждевременных родов

Рождение недоношенного ребенка (особенно очень ранние роды) является травматическим переживанием для родителей и из-за необходимости интенсивного ухода и помещения ребенка в инкубатор может сильно осложнить процесс установления привязанности. В такой ситуации в памяти могут всплывать и активироваться прежние потери и переживания расставания, которые дополнительно препятствуют формированию привязанности к недоношенному ребенку (Brisch et al., 1996).

Первичное знакомство и симптоматика

С г-жой Л. я знакомлюсь в рамках участия во врачебном консилиуме. В детском отделении интенсивной терапии медсестры обращают внимание на то,

что г-жа Л. все больше отдаляется от своего недоношенного ребенка, вес которого при рождении составлял всего 800 грамм.

Если сначала она проявляла большую активность, почти круглые сутки проводила в отделении новорожденных, ежедневно справлялась у врача об успехах в выхаживании ее ребенка, то теперь она все реже заходит проведать его, не так часто звонит и уже почти не хочет брать его на руки. Медсестры детского отделения не могут понять такого поведения, потому что состояние здоровья недоношенного, которое сначала было критическим, к всеобщей радости стабилизировалось, и до сих пор не появилось каких-либо существенных осложнений, чего сначала так боялась г-жа Л.

Хотя г-жа Л. принимает предложение психотерапевтической помощи с большой нерешительностью и осторожностью, она все-таки приходит на первую консультацию точно к назначенному времени. Мы договорились о встрече еще у инкубатора, где и состоялся наш первый контакт. Здесь г-жа Л. с гордостью показала мне свою маленькую дочь, лежащую в инкубаторе, и, сияя от радости, сообщила о ее маленьких и больших успехах в развитии.

На первой же встрече она сразу подчеркивает, что очень хорошо понимает причину, по которой ей была предложена психотерапевтическая помощь. По ее словам, медсестры уже заговаривали с ней о том, что она в последнее время реже приходит в гости. Она сама сначала не обратила на это внимания, но если подумать, то, вполне возможно, что медсестры и правы. Она почему-то чувствует себя гораздо дальше от своего ребенка, чем непосредственно после родов. Она сама не может понять этого, потому что вот уже три недели подряд каждый день по многу часов, просиживает у инкубатора и постоянно занимается своей маленькой дочкой как в мыслях, так и практически, участвуя в уходе за ней. Г-жа Л. может говорить и думать о себе очень дифференцированно и интроспективно. Она хочет знать, почему в ней что-то изменилось.

Анамнез

Г-жа Л. выросла в тепличных условиях с хорошо структурированными отношениями. Она была старшей из двух дочерей. Сестра была на 2,5 года младше нее. Свою раннюю историю жизни, которой она коснулась лишь вскользь, пациентка охарактеризовала как относительно удовлетворительную.

Она и теперь смогла прибегнуть к помощи матери, которая приехала к ней в гости на длительное время и вела домашнее хозяйство, чтобы сама г-жа Л. могла проводить много времени у своего ребенка, помещенного в инкубатор. Все это, казалось, вряд ли указывало на конфликты. Затем, заговорив о своем отце, пациентка разрыдалась. Она рассказала, что отец умер в палате интенсивной терапии, когда она как раз была беременна этим ребенком, родившимся недоношенным. А она ведь так хотела, чтобы отец еще успел застать рождение ее дочери. Став дедушкой, он наверняка бы очень гордился ею. В слезах она сообщила, как в течение многих дней просиживала у постели больного отца в реанимации, когда он уже лежал в коме; она очень страдала, наблю-

дая за тем, с каким трудом давался ему каждый вдох. Перед смертью его пришлось подключить к аппарату искусственного дыхания, что г-жа Л. восприняла как «нечто жутко мучительное». А она ведь всегда так мечтала о детях и, сидя у его постели, все время думала о своей беременности и о предстоящей смерти отца. Хотя ее ребенок родился гораздо раньше положенного срока, «в конце концов оказалось, что все равно слишком поздно».

Соображения относительно динамики привязанности

Г-жа Л. описывает историю раннего детства, которая указывает, скорее, на надежную привязанность. И способ установления отношений со мной в терапевтической ситуации, и характер ее рефлексии о смерти отца, и ее переживания напоминают мне скорее формирование отношений с надежной привязанностью. По всей видимости, она еще не проработала смерть отца и долгое прощание с ним в палате интенсивной терапии. На продолжающийся до сих пор процесс скорби накладывается процесс формирования привязанности к ее недоношенному ребенку, что дополнительно осложняется ситуацией с интенсивной терапией и пребыванием младенца в инкубаторе. При этом стационарное лечение ее новорожденного ребенка, видимо, очень сильно напоминает ей о скорби, о ситуации потери и об интенсивной терапии ее отца.

Ход терапии

В терапевтическом процессе было не так уж сложно заговорить с г-жой Л. о предположении – с позиции динамики привязанности, что процесс скорби о потере отца наложился у нее на процесс формирования привязанности к ее ребенку. В терапевтических беседах мы интенсивно занимались ее скорбью и прощанием с отцом. Постепенно пациентка стала все больше эмоционально настраиваться на своего ребенка, что выразилось в увеличении количества визитов в отделение для новорожденных и в желании почаще брать свою дочь на руки вне инкубатора. За время терапии она смогла прийти в такое состояние, которое позволило ей в вечерних беседах с матерью говорить о переживаниях, связанных с отношениями между ней и отцом. Так она смогла еще раз «положиться» на свою мать как на надежную базу, как на собеседницу и как на помощницу в сложной ситуации с ребенком.

Заключительные замечания и катамнез

В дальнейшем у г-жи Л. не было каких-либо трудностей в установлении более интенсивных отношений со своим ребенком. Поэтому этот случай следует рассматривать, скорее, как кризисную интервенцию с позиции теории привязанности. Ход терапии показывает, как на естественный процесс формирования привязанности – в данном случае осложненный преждевременными родами – накладываются эмоционально протекающие процессы расставания и печали, а также работа скорби, которые могут помешать установлению привязанности. Можно предположить, что построение отношений привя-

занности к ребенку, родившемуся недоношенным, без терапевтической помощи вполне могло бы затянуться на длительное время. Из-за интенсивного процесса скорби, который реактивировался в отделении реанимации, г-жа Л. была не в состоянии настроиться на своего ребенка в той степени, как это было бы желательно для отношений между матерью и ребенком. Если же говорить о ресурсах, то она может положиться на свою мать как на надежную базу и получить у нее поддержку для того, чтобы справиться с реальностью, а также для эмоциональной проработки процесса скорби. Этот случай показывает, как существующие положительные отношения привязанности могут активироваться и выступить в качестве «защитного фактора» в стрессовых ситуациях. Их стоит поощрять, продумывать и использовать наряду с другими средствами в терапевтических отношениях.

Даже опора на надежную привязанность не защищает от драматических и травматических жизненных событий, но это такой ресурс, который позволяет лучше справляться с этими событиями, возможно, с помощью терапевта или других людей.

НАРУШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ В МЛАДШЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

До сих пор я описывал нарушения привязанности самих матерей и их влияние на развитие привязанности матери к ребенку. Далее мы переключим фокус нашего внимания на развитие патологических паттернов привязанности у самих детей. Теперь будет легче объяснить, как детские и родительские нарушения привязанности «in statu nascendi»* перемешиваются друг с другом в социальном взаимодействии. Условия возникновения детских нарушений привязанности проще выявить, поскольку истории жизни детей короче, а возможные травматические события произошли не так давно.

По каждой из форм нарушений привязанности, которые уже были описаны во второй части книги в главе «Диагностика и типология расстройств привязанности», я приведу показательный случай из практики.

Отсутствие признаков поведения привязанности

Первичное знакомство и симптоматика

Пятилетнего М. привела его приемная мать с жалобами на трудности в детском саду. Особенно ее беспокоил тот факт, что мальчик, посещая детский сад в течение полутора лет, так и не нашел себе ни одного друга. По ее словам, как там, так и дома он предпочитает играть в одиночестве и на долгие часы уединяется, полностью погружаясь в себя. С одной стороны, с этим ребенком «нет особых хлопот», а с другой – она и сама не может найти эмоционального контакта с М. Он как будто живет в своем собственном мире, в котором

---

* В состоянии зарождения, возникновения (*лат.*).

«прячется как за стеной». Он еще никогда не показывал, что скучает по ней. Женщина беспокоится, как М. при таком поведении будет успевать в школе и справляться с требованиями дальнейшей жизни, а, кроме того, приемные родители хотели бы усыновить ребенка и все еще надеются, что его поведение изменится и он ясно даст понять, что за это время привязался к ним. Сейчас они не уверены, стоит ли им усыновлять его, потому что он, видимо, все-таки скорее отвергает их, и они опасаются, что не смогут быть ему «настоящими родителями».

Анамнез

М. попал в нынешнюю семью после года жизни в родной семье, где ему совсем не уделяли внимания и сильно запустили его как физически, так и эмоционально. Второй год жизни он провел в постоянно меняющихся приютах и в детской клинике, куда его часто приходилось госпитализировать на какое-то время из-за нейродермита и инфекций дыхательных путей с подозрением на бронхиальную астму. Фактически до двухлетнего возраста он в общей сложности почти 12 месяцев провел в стационаре. Недоедание и запущенность были частыми причинами его госпитализации и на первом году жизни. Больше о жизни М. до 2 лет почти ничего не известно. Говорят, его мать была алкоголичкой и часто меняла сожителей. Есть ли у него еще родные братья и сестры, приемные родители точно не знают. По их словам, он быстро и без проблем привык к жизни в их семье. С семилетним родным сыном приемных родителей у него хороший контакт, «они мало ссорятся или спорят, но и вместе играют мало».

Пока мать сообщает подробности анамнеза, М. играет в помещении без видимого эмоционального участия. Мы можем спокойно беседовать с ней. При прощании М. внезапно и неожиданно хватается за меня и плачет, потому что хочет остаться еще. И для приемной матери, и для меня самого это большая неожиданность. Она объясняет это тем, что, может быть, он очарован большим количеством увиденных у меня новых игрушек. Я тоже сбит с толку поведением М., так как после рассказа приемной матери я никак не мог ожидать такого. При этом я также не чувствую, чтобы реакция ребенка по-настоящему эмоционально задела меня, и внутренне скорее отдаляюсь от него из-за его внезапного и непосредственно выраженного желания близости.

Диагностическое наблюдение за игрой

С самого начала лечения я в целях диагностики наблюдаю за игрой М. в течение ряда часов. Мальчик без проблем расстается со своей приемной матерью и идет со мной в уже знакомую ему игровую комнату. Походив по ней в течение некоторого времени, он обнаруживает деревянную железную дорогу. Совершенно спокойно и очень тщательно он соединяет вместе деревянные рельсы, причем начало и конец рельсов не замыкает в круг, а оставляет открытыми на концах. В поезд М. сажает разные фигурки маленьких человечков. Во время поездки по железной дороге они входят в вагон и выходят из него, выва-

ливаются и лежат рядом с рельсами. В конце пути поезд каждый раз сходит с рельсов, так как дальше дороги нет. Поезд опрокидывается; все еще оставшиеся в поезде пассажиры попадают в железнодорожную катастрофу. С тонким чутьем и большим вниманием к деталям М. снова собирает поезд, и игра начинается сначала. Теперь поезд едет в другом направлении, но на другом конце пути снова переворачивается. Во время всей этой многократно повторяющейся сцены М. молчит, не поддерживает со мной зрительного контакта, кажется погруженным в себя и в какой-то свой собственный мир, а также не дает никаких вербальных комментариев к своей игре. Лишь по его жестикуляции и в своем контрпереносе я ощущаю, что М. в высшей степени напряжен. Когда М. в третий раз дает поезду сойти с рельсов, мой комментарий («Ой, бедные люди! Все они опять попали в железнодорожную катастрофу. И кто же им поможет?») он выслушивает без какой-либо видимой реакции.

Соображения относительно динамики привязанности

Я предполагаю, что из-за раннего пренебрежения им матерью-алкоголичкой и из-за его очень нестабильных семейных отношений М. не смог сформировать надежной эмоциональной привязанности. Более того, он не раз переживал непредсказуемые расставания с помещением в больницу, смену приемных семей и ухаживающих за ним взрослых. С точки зрения стороннего наблюдателя, как сообщила и нынешняя приемная мать, М. не проявляет никаких признаков поведения привязанности. Кратковременная эмоциональная реакция на меня в конце нашей первой беседы кажется скорее парадоксальным поведением привязанности, так как по отношению ко мне, к чужому человеку, он продемонстрировал такую реакцию на расставание, которой его приемная мать, очевидно, до сих пор еще не наблюдала. Что касается уровня внутренних рабочих моделей, я предполагаю, что у М. могли быть различные, противоречащие друг другу, неполные или фрагментарные модели. Однако самой стабильной рабочей моделью кажется следующая: не допускать вообще никакой привязанности и полностью уйти в себя. Этот паттерн он проявляет и в часы, когда я наблюдаю за его игрой. Игра в железную дорогу на символическом уровне наглядно показывает, как М. на своем жизненном пути «снова и снова сходит с рельсов», остается без заботы и внимания, а путь в конце рельсов больше никуда не ведет, и все заканчивается катастрофой. Поездка на поезде в противоположном направлении проходит по тому же самому образцу. Можно предположить, что М., которого передавали от одних значимых взрослых и воспитателей к другим, снова и снова чувствовал себя «выпадающим» из привязанностей, отданным кому-то чужому, не получившим в ситуациях расставания достаточной эмоциональной заботы. Я предполагаю, что хотя этот ребенок уже сформировал эмоциональную привязанность к своим нынешним приемным родителям, но из-за своих прежних переживаний не может показать ее, опасаясь, что старый паттерн «выпадения из поезда» может повториться и здесь. Сцена с поездом из-за своей яркой символической вы-

разительности внутренне очень тронула меня и дала мне надежду, что можно будет поработать с М. на символическом уровне, используя игровую терапию. Я интерпретирую его игру в том смысле, что в ней, видимо, проявился спонтанный перенос с надеждой и пожеланиями на привязанность, потому что иначе он не смог бы с таким символизмом выразиться в этой игре. Возможно, эта неосознанная игра выдает его надежду в социальном взаимодействии именно со мной найти выход из этого порочного круга повторяющихся железнодорожных катастроф.

Проблематика привязанности здесь настолько ярко выражена, что конфликты динамики влечений анального или эдипального периода, которые можно было бы ожидать в связи с возрастом ребенка, полностью отходят в данном случае на второй план.

Ход терапии

Все лечение с применением игровой терапии, которое растянулось на 3 года, проводилось с частотой 2–3 часа в неделю. К этому добавились регулярные, иногда еженедельные беседы с приемными родителями.

На первой стадии терапии в центре внимания сначала находилась игра мальчика в уединении. В контрпереносе чувства пустоты и одиночества показывали мне, что я для него совсем не важен, безразличен и даже незаметен.

Если вначале М. предпочитал игрушки из твердых материалов, такие как железная дорога или строительные кубики, то в середине терапии он перешел на игру в песок. Здесь бросалось в глаза, что сначала ему никак не удавалось придать песку форму. В конце концов он стал снова и снова заливать воду в ящик с песком, заполняя его доверху; как если бы его самого катарсически переполняли аффекты, находящиеся под высоким внутренним давлением. Мне кажется, что на этой стадии у М. произошел определенный эмоциональный сдвиг, и он впервые в игре с песком и водой смог воспользоваться предложениями привязанности или помощи в структурировании ситуации, чтобы определить границы и получить душевное равновесие и опору. Я очень беспокоился, потому что после этой стадии, которую с классической точки зрения можно было бы интерпретировать как регрессию, мне пришлось сделать трехнедельный перерыв в терапии из-за отпуска.

Когда после этого перерыва я радостно приветствовал М., он ворвался в кабинет и внезапно стал «приветствовать» меня кулаками, агрессивными выкриками и даже пинками. Это новое воссоединение со вспышкой ярости из-за перерыва в терапии и расставания длилось в общей сложности 20 минут, в течение которых М. почти невозможно было успокоить. В контрпереносе явно чувствовалась тоска по близости, по телесному контакту со мной, который он устанавливал теперь в агрессивной форме. Мне было трудно, с одной стороны, удерживать его физически, с другой – самому защищаться от его неистовых, яростных и бурных, эмоционально заряженных атак, ни на минуту не забывая при этом о его стремлении к близости.

Раньше, не обладая знаниями по теории привязанности, я расценил бы эту вспышку как «кризис нового воссоединения» (согласно теории Маргарет Малер: Mahler et al., 1978) или как проявление ранних архаически-деструктивных импульсов (по теории Мелани Кляйн: Klein, 1983a). А с позиций теории привязанности такое поведение, напротив, вполне можно рассматривать как первую открытую реакцию ребенка на расставание с ярко выраженным поведением привязанности и яростью из-за того, что его покинули. Возможно, что М. показал в своем протесте лишь «верхушку айсберга», только малую часть прежней ярости, агрессии и разочарования по поводу многочисленных пережитых расставаний. Можно предположить, что с течением времени он запретил себе свои чувства, потому что они никак не влияли на расставания, которые происходили по инициативе социальных работников или из-за очередной госпитализации.

Затем наступил период, когда М. в начале игровых сеансов начинал протестовать против расставания со своей приемной матерью. Пришлось отдельно объяснять и растолковывать приемной матери мальчика, что такое открытое поведенческое проявление привязанности с трудностями расставания и протестами, которое нам знакомо на примере детей более младшего возраста, говорит о явном прогрессе в лечении. На пике этого протеста против расставания сначала необходимо было, чтобы приемная мать оставалась в кабинете на время всего игрового сеанса, а впоследствии – только на некоторое время в его начале. Бывало также, что во время терапевтического сеанса М. выбегал из комнаты, чтобы проверить, ждет ли его еще приемная мать. Я сам испытывал большое эмоциональное облегчение, потому что смог воочию увидеть, что его поведенческое проявление привязанности теперь действительно выражалось более здоровым образом во взаимодействии как с приемной матерью, так и со мной. Теперь лечение усложнилось из-за того, что мне приходилось подробно объяснять приемным родителям мальчика, почему такое поведение М., который сейчас уже «требовал особого ухода», в свете теории привязанности следовало считать явным прогрессом. Ведь и у дверей детского сада М. стал проявлять поведение разлуки и протеста, чего приемная мать и воспитательница детского сада совсем не могли понять.

В ходе лечения стало возможным интерпретировать поведение М. в начале и в конце сеанса, при предстоящем расставании на выходные или на время отпуска. На мои первые попытки заговорить о его печали или боли он реагировал тем, что громко кричал мне: «Заткнись!» Ему все важнее становилось, например, расставаясь на выходные, брать с собой домой из игровой комнаты игрушки, часть которых он приносил обратно уже к следующему игровому сеансу, а часть – лишь спустя длительное время.

Последовала стадия адекватной возрасту проработки конфликта, на которой в игре с ящиком с песком на первый план выходили «темы агрессии» с боями, рыцарями и крепостями. Теперь стали появляться также эдипальные темы в спорах с приемной матерью. Для М. стало важно в конце сеан-

са быстро показать ей, какую замечательную крепость он построил в ящике с песком и какие там были могущественные рыцари, которые меня победили и убили. Благодаря подключению приемного отца, который, согласно нашей договоренности, стал раз в неделю приводить ребенка на терапию, постепенно появилась также возможность идентификации с отцом и проработки эдипального конфликта. Однако по-прежнему моменты расставания оставались точками кристаллизации. Еще долгое время после расставаний на отпуск проявлялись агрессивные реакции, но я уже внутренне настраивался и был готов к ним, поэтому и мои реакции контрпереноса были уже не такими бурными. К концу лечения стало возможным еще накануне предстоящих расставаний говорить с М. о его фантазиях, чувствах и боли, благодаря чему его реакции после расставаний были уже не такими сильными. В конце концов он стал брать игрушки из лечебного кабинета с собой на каникулы и объяснять родителям, что эти игрушки обязательно должны «поехать вместе с ним». М. явно выработал надежную внутреннюю рабочую модель меня и своих приемных родителей. В конце концов, приемные родители, решились на усыновление ребенка. На начальной и средней стадии лечения они все время возвращались к обсуждению этой темы.

К концу лечения мы подходили долго. Беседы велись и с родителями, и с М.

Мальчик все время колебался между мыслями о том, чтобы продолжать лечение «вечно», и зарождавшимся протестом (он не хотел больше приходить на терапевтические сеансы, потому что вместо них с гораздо бо́льшим удовольствием играл бы с друзьями или братом). Во время длительного переходного периода удалось также и на игровых сеансах, отчасти с помощью непосредственной вербализации, отчасти в символической форме, проработать тему *расставания и новой встречи, а также тему прощания*. В конце концов перед предстоящим поступлением в школу и большими каникулами М. распрощался со мной. Правда, и после этого я раз в четыре недели проводил беседы с его родителями, чтобы поддержать их, давая советы по дальнейшему развитию М.

Заключительные замечания и катамнез

Хотя М. в начале своего развития находился в очень трудной ситуации травматизации и не демонстрировал явного поведения привязанности, он превратился в оживленного и достаточно независимого ребенка, готовящегося к поступлению в школу, у которого появилась надежная база привязанности и надежные эмоциональные отношения привязанности к приемным родителям. При этом начало лечения было полностью посвящено развитию привязанности, а уже позднее удалось проработать также анальные и эдипальные темы. Без знаний, основанных на теории привязанности, агрессивные формы поведения были бы интерпретированы по-другому, что привело бы к выбору иной техники лечения. Причем я могу представить себе, что, например, терапевты, работающие по теории Мелани Кляйн, работали бы с деструктивными

фантазиями, наверняка присутствующими в агрессивных формах поведения, более непосредственно и открыто.

Поступив в школу, М. интегрировался в нее без особых затруднений. Он наладил контакты со многими одноклассниками («своими друзьями») и все время искал близкого контакта со своей учительницей, ставшей для него очень важной.

Недифференцированное поведение привязанности

Социальный промискуитет

Первичное знакомство и симптоматика

Восьмилетнюю С. приводят на прием сотрудники специализированного воспитательного учреждения, потому что она даже после 2 лет оказываемой ей там лечебно-педагогической помощи все еще проявляет недифференцированное поведение привязанности. В учреждениях, в школе, на улице она без разбора, но вполне умело заговаривает с посторонними людьми и впутывается в «псевдоотношения» с ними. Она сигнализирует прохожим, что ей нужна помощь, и идет с ними, хотя совсем не знает этих людей. Из-за такого поведения она уже много раз подвергалась опасности сексуального насилия.

Анамнез

С. подобрала полиция как «беспризорницу». По ее собственным показаниям, она в течение многих месяцев «с трудом кое-как перебивалась одна». Расследование показало, что она осталась сиротой во время войны в одной из восточноевропейских стран, но сама была убеждена, что ее родители еще живы. Она упорно держалась этой мысли, хотя в многочисленных осторожных разговорах ей все время разъясняли, что ее родители умерли. Об истории жизни и о раннедетском развитии С. было мало что известно, так как она сама не давала каких-либо четких сведений об этом. Она говорила, что у нее есть еще несколько братьев и сестер, но не могла точно сказать, сколько им лет. Когда, где и при каких обстоятельствах она рассталась со своими родителями или пережила их смерть, оставалось неясным.

Соображения относительно динамики привязанности

Так как о ее раннедетском развитии было мало что известно, нельзя точно сказать, было ли у нее это недифференцированное поведение, нарушение привязанности еще до расставания с родителями, до их смерти или до начала войны. Травма потери родителей, которую она отрицала, привела ее в социальном плане к такой ситуации, в которой ей «приходилось пробиваться» с помощью недифференцированного завязывания отношений. У такого нарушенного поведения в ее обстоятельствах была адаптивная функция, и оно обеспечивало ее выживание. Правда, можно было ожидать, что в ходе постоянной работы по лечебно-педагогическому сопровождению она откажется от этого паттерна

привязанности и сможет вступить в отношения привязанности с сотрудниками воспитательного учреждения, но этого до сих пор так и не произошло. Причина этого могла состоять с том, что она отказывалась оплакать потерю своих родителей и все еще искала их и надеялась снова найти. Таким образом, можно предположить, что девочка снова и снова на короткое время обращалась к разным людям, как будто ей необходимо было проверить, а вдруг это окажутся ее родные, фигуры, к которым она в раннем детстве испытывала привязанность. Или же этими короткими псевдопривязанностями она могла защищаться от необходимости в конечном итоге все-таки проделать работу скорби. Тот факт, что до сих пор у девочки явно не получилось сформировать привязанность к персоналу воспитательного учреждения, можно интерпретировать таким образом, что там недостаточно учитывали положения теории привязанности и не работали с понятием «надежная привязанность».

Ход терапии

Сам я не проводил психотерапевтического лечения этого ребенка, а помогал сотрудникам учреждения, в котором находилась девочка, в качестве супервизора. При этом выяснилось, что поведение С. до сих пор в основном рассматривалось с позиций поведенческой терапии. Было понятно, что завязывая все новые и новые недифференцированные отношения на улице, С. на короткое время получала подкрепление своему поведению, поэтому у нее не было причины менять его. Применяемые в воспитательном учреждении санкции в форме запретов выходить за его пределы вряд ли могли быть успешными. При изучении с позиции теории привязанности ее отношений в воспитательном учреждении и особенно отношения к ней отдельных сотрудников стало ясно, что девочка снова и снова *пыталась* сформировать с некоторыми из них дифференцированные отношения. Но такие попытки заканчивались неудачей из-за того, что эти сотрудники перемещались на другую работу или покидали само воспитательное учреждение. Несмотря на систему «наставничества», за последние два года так и не удалось обеспечить стабильного присмотра за девочкой в том смысле, чтобы для С. был выделен первичный близкий человек, к которому у нее бы сформировалась привязанность.

Теперь сотрудникам стала понятна настоятельная необходимость такого постоянства и стабильности в отношениях для создания надежной привязанности. Только при успешном создании в воспитательном учреждении такой надежной базы привязанности с одной из его сотрудниц можно было бы ожидать, что С. откажется от своего недифференцированного поведения привязанности и завязывания отношений «на улице». До этого она в самом заведении все время убеждалась в том, что стала «сиротой в отношениях». Таким образом, для нее не было смысла настраиваться на стабильные отношения привязанности. Исходя из общих установок были усилены контакт и отношения между одной сотрудницей и С.

В дальнейшем С. построила прямо-таки симбиотически близкие отношения с этой сотрудницей. На окончание смены, нерабочие субботы и воскресенья, а также отпуск этой сотрудницы девочка реагировала бурным протестом расставания. Иногда она снова убегала и проявляла на улице свой прежний паттерн отношений. Так как постепенно стало понятно, что воспитательное учреждение не обеспечивало С. необходимого постоянства отношений, для девочки подыскали приемную семью. С потенциальными приемными родителями воспитательное учреждение и местное управление по делам молодежи обсудили основные положения теории привязанности. Приемные родители смогли воспользоваться педагогическими и терапевтическими консультациями. Цель этих консультация состояла в том, чтобы донести до родителей всю важность постоянства отношений для построения надежной базы привязанности. Одновременно их нужно было ознакомить с недифференцированным поведением привязанности как формой защиты и как формой преодоления ситуации, в которой оказалась С. Такая подготовка была необходима, чтобы приемные родители не чувствовали себя лично отвергнутыми или обиженными из-за того, что С. убегала и устанавливала отношения с совершенно чужими людьми.

После соответствующей подготовки стало возможным передать С. в эту приемную семью, где она примерно через полгода начала проявлять по отношению к приемным родителям явное поведение привязанности с протестом при расставании и поиском близости.

Заключительные замечания и катамнез

Из консультаций для приемных родителей С. стало известно, что недифференцированное, связанное с убеганием поведенческое проявление привязанности совершенно исчезло, и девочка сформировала с ними очень стабильные отношения привязанности.

Хотя поведение С. можно было объяснить и понять с точки зрения поведенческой терапии, соответствующие меры по модификации поведения в ее лечении не увенчались успехом. Ориентация на надежную базу позволила добиться изменений во взглядах, в установках и в поведении сотрудников воспитательного учреждения. Благодаря этому и сотрудничеству с управлением по делам молодежи открылась перспектива передать С. приемным родителям, с которыми у нее должны были установиться стабильные отношения привязанности. Правда, без консультаций для приемных родителей и без предоставления им соответствующей информации о теории привязанности, а также без разъяснения им особенностей поведения девочки еще до начала их отношений, они вряд ли справились с вполне вероятными осложнениями, что могло бы быстро привести к разрыву этих отношений.

Можно предположить, что недифференцированные отношения привязанности служили для защиты от работы скорби после травматической потери родителей. По этой причине приемным родителям было рекомендовано

не терять из виду, что имеется также возможность терапевтического лечения ребенка в связи с нанесенной ей войной травмы.

Поведение, сопряженное с высоким риском несчастных случаев

Предыстория и симптоматика

Персонал амбулатории при детской хирургической больнице замечает, что медицинская карта четырехлетнего Ф. за последние два года достигла удивительно больших размеров. Врачи и медсестры очень хорошо знают этого мальчика (он у них уже чуть ли не «постоянный клиент») и приветствуют его, когда родители приводят его с очередными телесными повреждениями.

Причиной обращений за помощью и лечением были несчастные случаи и раны, которые часто бывали гораздо серьезнее, чем просто ссадины, порезы или ушибы. Несколько раз из-за черепно-мозговых травм с сотрясением мозга мальчику требовалось уже лечение в стационаре.

Мне самому об этом мальчике сообщил врач амбулаторного отделения больницы, пригласивший меня на консилиум. Коллега в нерешительности и с сомнением спрашивает, можно ли такое поведение считать «нормальным», или уже нужно «бить тревогу», и показано ли ребенку психотерапевтическое лечение. Врачу бросилось в глаза, что мальчик, несмотря на свои все новые и новые раны и травмы, а также на болезненные лечебные процедуры, ведет себя в амбулатории приветливо и проявляет радость. Это совершенно расходится с поведением других четырехлетних детей, которые при повторных обращениях уже у входной двери амбулатории реагируют плачем и протестом, вспоминая о прежнем лечении.

Анамнез

Из собранного коллегой социального анамнеза я узнал, что оба родителя Ф. работают. Трое их детей в возрасте 4, 8 и 12 лет по многу часов в день бывают дома одни на попечении двенадцатилетней сестры Ф. Хотя мальчик внешне не выглядел заброшенным, все-таки имелись основания предположить, что он обделен вниманием и ему не хватает сочувствия и заботы. Своим рискованным игровым поведением Ф. наносил себе травмы преимущественно в вечерние часы, когда его уставшие отец и мать приходили домой с работы, – таким способом ребенок сразу привлекал внимание и сочувствие родителей.

Соображения относительно динамики привязанности

О раннедетском развитии Ф. ничего не известно. Однако социальный анамнез дает четкие указания на то, что его родители недостаточно опекают его и мало заботятся о нем, не создают для него надежной базы. Самые надежные отношения у мальчика, видимо, сложились с ухаживающей за ним двенадцатилетней сестрой; она является первичным лицом, к которому Ф. испытывает привязанность, и значимым для него человеком, с которым установилась

тесная эмоциональная связь. Можно предположить, что хотя авантюры с несчастными случаями в вечернее время на поведенческом уровне и обеспечивали мальчику внимание и сочувствие родителей, но внутреннюю мотивацию для этого можно было бы интерпретировать как поиск контакта с родителями и привязанности к ним. Конечно, если подходить к этой ситуации с позиций поведенческой терапии, то внимание и сочувствие родителей, а также требующее больших сил, средств и времени лечение в амбулатории лишь поддерживают и усиливают поведение Ф. Однако теория привязанности позволяет распознать и понять глубинную мотивацию такого поведения. Такой подход потребовал бы от родителей более активно, с большей эмоциональной вовлеченностью и привязанностью заниматься своим ребенком, уделяя ему достаточно времени и внимания, чтобы таким способом сделать ненужными и излишними «провокации в виде травм и несчастных случаев». При подходе, ориентированном на поведенческую терапию, пришлось бы отказаться от реагирования повышенным вниманием и сочувствием на новые несчастные случаи. Такой тактики родители не в состоянии долго выдержать, потому что травмы слишком тяжелые и требуют лечения. Но если предположить, что в основе поведения, провоцирующего несчастные случаи и травмы, лежит гораздо более глубокая тоска по привязанности, то стратегия поведения родителей, делающая ставку на игнорирование проблем, скорее всего, привела бы даже к учащению несчастных случаев и усилению травматизма.

Ход терапии

С Ф. и его родителями не получилось провести лечения в виде игровой терапии, потому что они считали своего сына «сорвиголовой» и «ухарем» и не очень понимали доводы медсестер и врача, высказанные им с позиций теории привязанности при следующем посещении амбулатории. Сомнительно, что эти соображения о привязанности вообще возымели какое-то действие на родителей мальчика. Зато изменилось эмоциональное отношение и поведение лечебного персонала: теперь сотрудники амбулатории уже не рассматривали Ф. только как ребенка, с которым нужно приветливо здороваться и которого нужно лечить. Понимая поведение Ф. с позиций теории привязанности, они были смущены и озадачены.

Заключительные замечания и катамнез

В дальнейшем Ф. и его родители стали реже появляться в амбулатории. Так и остается открытым вопрос, было ли это вызвано изменением динамики отношений или просто родители из-за конфронтации, имевшей место в этой амбулатории, теперь приводили сына на лечение в другое место.

Однако взгляд на этого ребенка с позиции динамики привязанности расширил терапевтический кругозор лечебного персонала: стало ясно, что за синдромом обращения к хирургу по поводу травм ребенка могут скрываться также желания и страхи, связанные с взаимоотношениями и привязанностями.

Нарочитое поведенческое проявление привязанности

Чрезмерное цепляние

Причина обращения и симптоматика

Мать пятилетнего П. по телефону записывает на прием к детскому психиатру не своего ребенка, а саму себя. Причина обращения – отказ мальчика ходить в детский сад. Она сказала по телефону, что П. срочно нуждается в лечении, ведь ему в шесть лет предстоит пойти в школу.

Ровно в назначенное время мать приходит вместе с сыном; входя в дверь, она крепко держит его за руку. П., отказавшись снимать куртку возле шкафа, усаживается на колени матери. Он крепкий мальчик с кудрявыми белокурыми волосами и темными круглыми, как пуговки, глазами – красивый ребенок, который наверняка уже одной своей внешностью должен был бы привлечь дружеское внимание воспитательницы. Его красивой матери нет и тридцати; у нее лишний вес, который она, правда, умело скрывает под широким темно-синим платьем. В своем широком ниспадающем платье, крепко прижимающая к себе сына, который, сжавшись в комок, сам прижимается к маме, она производит на меня впечатление «мадонны с младенцем на руках». Я ободряю П. и говорю ему, что он может осмотреться в игровом уголке и поиграть с чем захочет, в то время как мама мне кое-что расскажет. Но П. только искоса бросает взгляд на игровой уголок, чтобы потом еще сильнее прижаться к матери. Она говорит, что пришла на консультацию по совету воспитательницы, которая считает поведение П. необычным для его возраста. Родители обеспокоены и спрашивают себя, как П. на будущий год сможет ходить в школу, если сейчас он даже не хочет идти в детский сад. Мать сообщает о многочисленных попытках расстаться с ним у дверей детского сада, что, по ее словам, часто заканчивалось паническим криком П., после чего она «с тяжелым сердцем снова забирала его и уводила с собой». Она также говорит, что у П. нет друзей, играет он только дома и лучше всего с мамой.

Анамнез

Мать сообщила, что П. – ее первый и единственный ребенок. Беременность была «самым прекрасным временем» в ее жизни, лишь о родах она вспоминает как о чем-то «ужасном». Вскоре после них она некоторое время болела, после моих расспросов выясняется, что это был послеродовой психотический эпизод. Однако благодаря медикаментозному лечению заболевание спустя 4 недели постепенно прошло. О содержании психоза я ничего не узнал, и было ясно, что мать не хотела об этом говорить. Дальнейшие этапы развития П. и его детство были описаны как идеальные. Отсутствие стадии упрямства мать воспринимала как «здоровое», а не необычное явление, потому что «не выносит упрямых детей». Так как она из-за своего заболевания не могла кормить П. грудью, она до сих пор «великодушно позволяет своему сыну пососать мо-

лочко из бутылочки через соску для лучшего засыпания», чтобы он «мог наверстать упущенное кормление грудью».

В результате моих расспросов выявились и другие проблемы расставания, например, при засыпании. П. не мог заснуть, находясь в комнате один. Чаще всего он засыпал в присутствии родителей, на диване в гостиной с бутылочкой молока.

Отец был очень занят по работе и возвращался домой поздно вечером, поэтому П. вечерами разрешали не ложиться спать рано, чтобы отец и сын могли поиграть вместе. Ведь, по словам матери, отец очень важен для развития мальчика (она где-то прочитала об этом). Так как П. засыпал поздно, а по утрам мать давала ему выспаться, она не могла отправлять его в детский сад рано, когда приводили других детей.

Во время первичной беседы мать вдруг вскочила, спустила испуганного П. на пол и без комментариев поспешно покинула помещение. Я был совершенно сбит с толку ее поведением. П. взвыл и пронзительно закричал, но не последовал за своей матерью. Я попробовал успокоить его, сев рядом на пол и предложив ему вместе поиграть в машинку. Кроме того, я заверил его, что его мама наверняка скоро вернется и что я ведь тоже здесь. Но сам я испытывал все нарастающее раздражение и неуверенность, не зная, что могло случиться с его матерью. Примерно через 3 минуты она снова появилась, очень довольная, но слегка запыхавшаяся. Она забыла выключить фары своего автомобиля – с таким замечанием она села на стул и без комментариев снова взяла П. с пола и посадила к себе на колени, хотя он как раз только-только начал проявлять интерес к полицейской машинке. П. позволил проделать все это с собой, но прижимался к матери уже не так крепко, как прежде. Более того, теперь он, выпрямившись, сидел на коленях своей матери и с любопытством изучал глазами игровую комнату.

Я протянул ему полицейскую машинку, и П. начал играть с ней, катая ее по столу перед собой. Все это время он вопил и беспрерывно плакал, что напоминало отчасти крик о помощи, а отчасти раздраженное брюзжание. В конце концов он демонстративно бросил машинку на пол, чтобы тут же прильнуть к матери. Затем, после некоторого колебания, он принял мое повторное предложение поиграть с машинкой и снова начал возить ее по столу. Мать попыталась успокоить его словами: «Не валяй дурака!» Но внимание ее было приковано ко мне, и она так прокомментировала эту сцену: «Вот теперь вы сами могли убедиться в том, что П. не спускает меня глаз и тут же устраивает жуткую сцену, если я вдруг на короткое время отлучаюсь».

Я пользуюсь моментом, чтобы поговорить с ней о своем собственном раздражении по поводу ее внезапного исчезновения; я сказал, что беспокоился за нее. Она была поражена и удивлена, что ее исчезновение могло иметь для меня какое-то значение, ведь это было всего лишь мгновенье. Она сообщила, что и сына она очень быстро высаживала из машины у дверей детского сада, иначе ей было никак не уйти.

Я обсудил с ней эту ситуацию и объяснил, что П., стоя у двери детского сада, мог чувствовать примерно то же, что и я несколько минут назад, когда она расставалась с ним без ясного и понятного прощания. Для нее это был совершенно новый аспект, потому что до этого она исчезала быстро, пока П. не заметит, чтобы уйти до того, как он начнет «кричать» (этих криков она не выносила).

Соображения относительно динамики привязанности

Можно предположить, что течение раннего младенческого периода было нарушено сепарационными трудностями матери в конце беременности и ее психотическим эпизодом. Сцена во время первичной беседы также указывает на то, что мать в своем поведении привязанности, с одной стороны, слишком «цепляется» за П., не оставляя ему места для исследования окружающего мира, а с другой, из-за собственных сепарационных проблем очень резко и внезапно расстается с ним. Это происходило как у дверей детского сада, так и во время нашей первой беседы. Возможно, это могло привести к формированию у П. амбивалентного паттерна привязанности. Его чрезмерное цепляние полностью вышло на первый план, а агрессивные формы поведения, как при паттерне амбивалентно-ненадежной привязанности, наблюдались в меньшей степени. Однако можно утверждать, что скрытая причина этого нарушения привязанности состоит в том, что у матери есть проблема сепарации, а также что она нечутко ведет себя, когда ухаживает за ребенком и общается с ним. И все-таки есть основания предположить, что мальчика можно заинтересовать сферой исследовательской деятельности и помочь ему в ситуации расставания. В пользу этого говорят отношения П. с отцом, который, несмотря на занятость на работе, по вечерам все-таки находит время, чтобы поиграть с сыном. Чрезмерное цепляние при тяжелом нарушении привязанности приводит к ярко выраженной сепарационной проблематике и сопровождается сильно затрудненным исследовательским поведением. Это проявляется не только у дверей детского сада, но и в вечернем ритуале засыпания, когда пятилетний мальчик не может уснуть в отсутствие родителей.

Ход терапии

Лечение ребенка в виде игровой терапии, которое я предложил, матери трудно было себе представить, потому что П., по ее мнению, не мог оторваться от нее даже для того, чтобы поиграть. Хотя отец и представлял это по-другому, но предложение о таком лечении разбилось о категорическое «нет» матери. Она хотела получить скорее «консультацию для родителей», как обеспечить своему ребенку возможность ходить в детский сад, а затем и в школу. Поэтому лечение состояло из «консультаций» (собственно говоря, это была терапия матери с частотой 1 сеанс в неделю), а также из бесед с матерью и отцом примерно раз в 3 недели. Мать с удовольствием приняла такой лечебный сеттинг. Она хотела более частых контактов, которые затем и устанавливала, зво-

ня между встречами и задавая по телефону вопросы о поведении П. и о том, как ей на него реагировать.

На первом плане терапии находилась собственная сепарационная проблематика матери. У нее до сих пор были очень близкие, почти симбиотические отношения с собственной матерью, с которой она созванивалась по телефону иногда по нескольку раз в день. Вообще она была весьма неуверенна в своих родительских компетенциях и испытывала явные проблемы с самооценкой, которые распространялись не только на воспитание детей. По мере терапии я все больше и больше становился надежной базой привязанности для матери мальчика. Благодаря этому через три месяца она научилась по утрам отводить сына в детский сад и с помощью воспитательницы справляться с расставанием, потому что она знала, что сразу после этого могла прийти ко мне на терапевтический сеанс. Этот сеттинг давал ей достаточно уверенности и надежности, чтобы по утрам она могла расставаться со своим сыном. В дальнейшем я смог договориться с отцом и добиться, чтобы он проявлял еще большую активность как партнер в рамках триангуляции. Он стал чаще планировать свою профессиональную деятельность таким образом, чтобы по утрам самому отводить сына в детский сад. Звонок воспитательницы отчетливо показал мне, что она прикладывает все силы, чтобы облегчить ситуацию расставания для П., стараясь как можно скорее вовлечь его в игру с другими детьми. Я обратил ее внимание на то, что для П. сначала нужно создать надежную базу в отношениях с ней, чтобы использовать ее как вторичное значимое лицо и оторвать мальчика от его амбивалентной привязанности к матери. И эта интервенция, и новый сеттинг в детском саду с ограниченным по времени индивидуальным попечением со стороны воспитательницы позволили мальчику стать более самостоятельным, так что он стал расставаться с матерью лишь с небольшим протестом.

Когда через полгода П. уже без особого сопротивления ходил по утрам в детский сад, родители увидели, что цель лечения достигнута. За это время изменился и процесс засыпания мальчика. Теперь он мог засыпать один в своей постели, правда, при открытой двери и с включенным светом. При этом ему было важно, чтобы его укладывал спать именно отец.

Заключительные замечания и катамнез

Несомненно, лечение способствовало лишь временному разрешению острой проблемы. Очень ярко выраженная проблематика матери, конечно, требовала более длительной терапевтической помощи. На такую возможность я также указал ей во время заключительной беседы. Вопрос о том, воспользовалась ли она этим, остается открытым. Успеху лечения и изменению симптоматики в значительной степени способствовало активное участие отца, который смог, с одной стороны, облегчить сыну расставание, а с другой, ввести его в мир исследовательской деятельности. Большую помощь оказало поведение воспитательницы, которая после расставания мальчика с родителями некоторое

время занималась им индивидуально, давая ему возможность установить надежную базу в отношениях с ней как с вторичным значимым лицом.

Возможно, мои терапевтические отношения с матерью П. позволили ей на какое-то время испытать, что такое надежная эмоциональная база, способная облегчить ей утреннее расставание с сыном, потому что терапевтический прием проводился непосредственно после этого расставания. Так как у меня были сомнения относительно стабильности достигнутого «успеха терапии», я предложил родителям мальчика при повторном возникновении сепарационных проблем и других трудностей в любое время звонить мне. Позже я узнал из телефонного звонка от отца П., что мальчик «очень хорошо развивается» и что он очень гордится тем, что сын пошел в первый класс.

Чрезмерное приспособление

Первичное знакомство и симптоматика

Меня пригласили на консилиум в связи с необычным поведением одной трехлетней девочки. Н. поместили в стационар в связи с плановой операцией. Медсестры еще в приемном отделении обратили внимание на то, что эта девочка, робкая и услужливая, весьма активно помогала медперсоналу и «без плача и жалоб» позволила провести все необходимые обследования и предоперационные мероприятия. Достаточно было одного взгляда матери, чтобы преодолеть краткую нерешительность Н. перед забором крови. При прощании с матерью она не продемонстрировала какой-либо явственной реакции расставания. Детские медсестры сообщили, что после ухода матери до того робкая девочка стала разговорчивой и очень активной; она тщательно исследовала больничное отделение, а что касается эмоционального состояния, то девочку будто подменили. На основании наблюдений медсестер при госпитализации было высказано предположение, что в отношениях между Н. и ее матерью определенную роль могло играть насилие.

Анамнез

В первой беседе с матерью, которая с большой готовностью давала информацию, я узнал историю нормальной беременности и нормального раннедетского развития. У Н. есть еще годовалый братик, с которым она, по словам матери, очень мило и дружелюбно играла. Ни с одним из детей у матери «нет проблем»: «Оба ребенка получились хорошими и послушными». С недавнего времени Н. ходит в детский сад, и ей там очень нравится. Что такое трудности при расставании, мать совсем не знает. По ее словам, они с мужем уже очень рано могли оставлять Н. с няней, когда уходили куда-нибудь по вечерам. Я «устроил допрос» матери девочки в связи с необычным поведением Н. при помещении в стационар. Женщина никак не могла понять и принять наших опасений и беспокойства по поводу «нормального поведения нормального ребенка». Она утверждала, что Н. потребовалось некоторое вре-

мя, чтобы привыкнуть к новой ситуации, после чего она всегда бывает очень оживленной, и в детском саду она тоже известна как любопытная маленькая девочка. В ответ на мои расспросы мать сообщает, что дома она действительно применяет очень строгие методы воспитания, ведь должно быть ясно, «кто тут главный»; для нее послушание очень важно, должно быть достаточно одного взгляда. При непослушании Н. она бы даже не остановилась перед телесными наказаниями, но пока необходимости в этом не было, поскольку Н. знает, что мать не шутит. Достаточно хорошенько припугнуть наказанием.

Соображения относительно динамики привязанности

Необычная, избыточная конформность ребенка является, видимо, выражением специфических отношений привязанности к матери, которые сводятся к тому, что девочка в своем поведении привязанности и исследовательской деятельности под страхом наказания не должна выходить за четко установленные границы. Хотя помещение в стационар и медицинские обследования, включая забор крови, должны были пугать ее, она – из страха перед наказанием за непослушание – не решается проявлять привязанность к своей матери. В присутствии матери ее потребность в привязанности подавляется. Эту сверхконформность следует понимать как нарушение, по крайней мере в том смысле, что подавление импульсов привязанности в пугающих ситуациях может привести к усилению физиологических реакций с соответствующими соматическими и психосоматическими последствиями (аналогично тому, как это происходит с детьми с избегающей привязанностью).

Ход терапии

С матерью Н. мне не удалось установить терапевтического альянса. Во время стационарного лечения Н. состоялось еще 3 беседы. Все попытки познакомить мать девочки с моими соображениями, основанными на теории привязанности, оказались безуспешными. Мать настаивала на том, что ее саму воспитали в тех же правилах и ее дети тоже должны узнать, что такое строгость и порядок. Она сама считала прогрессом уже то, что хотя ее в свое время очень сильно били за непослушание, она воспитывает своих детей без физических наказаний, лишь в строгости, и таким способом добивается цели.

Заключительные замечания

Информации по катамнезу нет. Однако из практики можно посоветовать при чрезмерно конформном поведении детей и подростков рассматривать проблематику, связанную с динамикой привязанности, причем особенно тогда, когда в пугающих ситуациях не проявляется соответствующего возрасту поведения привязанности. Вопрос о том, может ли это быть причиной психосоматических расстройств при повышенной физиологической готовности к стрессовой реакции, составляет предмет дополнительного исследования.

Агрессивная симптоматика

Первичное знакомство и симптоматика

Девятилетнюю школьницу В. привели ко мне по настоянию управления по делам молодежи после того, как она неоднократно нападала на свою мать, давая волю рукам, и наносила ей телесные повреждения. Агрессивные разборки между дочерью и родителями случались неоднократно. Ранее неоднократные агрессивные выходки по отношению к соученикам послужили причиной исключения девочки из школы.

На первую беседу приходят оба родителя, пьяные, со своей девятилетней дочерью в сопровождении сотрудницы управления по делам молодежи. Почти невозможно собрать структурированный анамнез, потому что родители чувствуют себя так, будто сидят на скамье подсудимых. Их уже вызывали в управление по делам молодежи, и теперь они, отвечая весьма лаконично, более или менее успешно бойкотируют разговор. В ответ на мои попытки заговорить с девочкой раздается брань, провоцирующая агрессию. При этом В. тщательно рассматривает меня, проверяет мои реакции, дразнит меня, повторяя ругательства. Когда я в ходе дальнейшего разговора с родителями предлагаю обдумать возможность стационарного лечения, В. внезапно начинает плакать, цепляется за мать и уверяет, что ни в коем случае не расстанется с ней: «Мы обе неразлучны». Чуть позже В. начинает громко осыпать свою мать ругательствами, обвиняя ее в том, что теперь ей придется ложиться в стационар на лечение.

Соображения относительно динамики привязанности

В., шестой ребенок в семье, выросла в условиях очень нестабильных раннедетских отношений со своими родителями, которые уже в течение многих лет были больны алкоголизмом. Эта семья давно известна управлению по делам молодежи как «проблемная». Со старшими братьями и сестрами В. уже были значительные трудности из-за их асоциального и агрессивного поведения (трое детей помещены в воспитательные учреждения, одна сестра живет в детском доме, и только В. с братом, который старше ее на два года, все еще живут с родителями). Из отчетов управления по делам молодежи известно, что стиль повседневных отношений в этой семье характеризуется агрессивными разборками между родителями, а также между родителями и детьми. Видимо, В. очень рано усвоила, что проявления агрессии – преимущественно вербальная агрессия в форме ругательств и «приставания» – это повседневные формы установления привязанности и контакта. При первом контакте с девочкой я узнаю это непосредственно на собственном опыте, столкнувшись с тем, что оскорбления для В. – возможность прямо и лично вступить в отношения со мной. Но в повседневных отношениях в школе и с соучениками эти агрессивные попытки установить отношения приводят к прямо противоположному результату – к внезапному прекращению отношений. Действия В.

невозможно объяснить на чисто поведенческом уровне, потому что хотя она своими агрессивными формами поведения и вербальными оскорблениями, как правило, привлекает внимание других людей, но встречает в ответ лишь отвержение. Понятно, что с этих позиций невозможно понять продолжающееся так долго агрессивное поведение. Однако агрессивное поведение можно понять как форму нарушения привязанности, потому что первичный паттерн привязанности был установлен через ссоры с матерью. На предложение лечь в стационар В. реагирует явным протестом против разлуки и отчетливо проявляет поведение привязанности. Оскорбления и ругательства лишь подливают масла в огонь. Конечно, агрессивные выяснения отношений могут быть также выражением раннего гнева и разочарования В. в своей матери. Однако тогда мы могли бы ожидать более явного отмежевания и дистанцирования В. от матери, так как она накопила большой опыт фрустрирующего социального взаимодействия и знает, что эти фрустрации будут продолжаться. С позиций теории привязанности можно понять привязанность жертв изнасилований, насилия и жестокого обращения к своим мучителям[5]. Агрессия для В. – это знакомое средство установления и интенсификации привязанности между ней и матерью.

Ход терапии

После нескольких бесед стало ясно, что у родителей В. нет ни понимания необходимости лечения, ни соответствующей мотивации. Однако с точки зрения привязанности, помещение в стационар, хотя и вполне целесообразное в терапевтическом смысле, не казалась многообещающим, потому что, как показывает опыт, такие дети, как В., довольно быстро убегают оттуда и возвращаются домой. Такое поведение сильно подрывает готовность многих учреждений к сотрудничеству, и эти дети начинают «бродяжничать», циркулировать между различными учреждениями, детскими домами и приемными семьями. Бывают периоды, когда они снова и снова ищут интенсивного контакта со своими родителями. Родители из таких семей, со своей стороны, также часто приводят в движение все рычаги, чтобы в случае насилия и жестокого обращения с их детьми в приемных семьях или воспитательных учреждениях выяснить их местопребывание. По этой причине мы обсудили с родителями В., с ней самой и с управлением по делам молодежи возможность присмотра за ней в специальной группе совместного проживания нескольких девочек и девушек недалеко от места жительства ее родителей. Эта попытка решения проблемы была испробована. В. попробовала пожить в такой группе, в результате чего возможность контакта между девочкой и ее родителями не прекращалась, а привязанность могла поддерживаться в структурированных условиях. На такое решение согласились как родители, так и ребенок. С сотрудниками этого детского учреждения была продумана и обоснована с точки зрения теории привязанности возможность посещения В. родителями и пребывания ее в родительском доме в выходные дни.

Раньше, в начале моей карьеры, я считал бы такой подход малоэффективным. Я выступал за более строгое разделение родителей и ребенка и за стационарное лечение в отделении детской психиатрии, потому что, учитывая предыдущие ожесточенные «разборки» между родителями и ребенком, исходил из того, что между ними нет привязанности. При ярости, разочаровании и агрессивном поведении В. по отношению к родителям я ожидал, что расставание с родителями будет облегчением для В., когда она уже не будет испытывать фрустраций.

Заключительные замечания и катамнез

В вышеописанных условиях помещение ребенка в детское учреждение при контакте с родителями (в виде посещений), при сохранении отношений привязанности девочка успокоилась и стала развиваться более гармонично. Она смогла снова регулярно ходить в школу, а при растущей привязанности к наставницам в группе совместного проживания у нее появилась возможность поддерживать привязанность к своим родителям, с учетом ее потребности в близости и дистанцировании. При агрессивных стычках с родителями и невозможности общаться с ними, когда они были пьяны, она могла сама дистанцироваться от них и вернуться в группу совместного проживания, что помогало ей справляться с ситуацией. Теперь ей не нужно было проявлять агрессию к родителям, чтобы добиться от них выражения привязанности.

Подводя итоги, хочу подчеркнуть, что, когда речь идет об агрессии, насилии и злоупотреблениях, нужно учитывать основные положения теории привязанности. Как правило, мы исходим из необходимости разделения преступника и жертвы. К сожалению, еще недостаточно исследовано значение травмы для привязанности ребенка, с одной стороны, и влияние на детское развитие расставания, вызванного травмой, – с другой. Констелляции отношений, которые допускают структурированный контакт между преступником и жертвой в виде посещений и обеспечивают тем самым некий баланс *между* привязанностью и расставанием, по моей оценке, еще слишком мало опробованы, потому что при изучении взаимоотношений между преступником и жертвой до сих пор еще слишком мало учитывались принципы, основанные на теории привязанности.

Инверсия ролей

Первичное знакомство и симптоматика

Пятилетнюю Д. привела ко мне ее мать; девочка, по словам матери, уже в течение 3 месяцев отказывалась ходить в детский сад. Мать не могла объяснить себе такое поведение дочери, ведь до этого ребенок всегда с удовольствием ходил в детский сад.

Во время первичной беседы Д. поддерживает телесный контакт с матерью: девочка стоит рядом с ней, держит ее за руку, взгляд постоянно направлен ма-

тери в лицо. Когда в ходе дальнейшего рассказа женщина начинает плакать, Д. взбирается к ней на колени, руками вытирает ей слезы и нежно утешает.

Анамнез

Д. – первый и единственный ребенок родителей, которые расстались полгода назад. Отец – совершенно неожиданно для матери – переселился в другую квартиру, и для молодой женщины «весь мир рухнул» (плачет). У Д. был очень глубокий и сердечный контакт с отцом. Согласно условиям, регулирующим их свидания, она может встречаться с отцом раз в 2 недели. Из-за расставания с мужем мать впала в сильную депрессию и поэтому находится на психиатрическом лечении. Мать думает, что Д. очень страдает от того, что приходится разрываться между ней и отцом. После посещений отца по выходным Д. всегда выглядит «совершенно расстроенной и растерянной». Потом по понедельникам она не может расстаться с матерью и отказывается идти в детский сад.

Во время второй беседы я узнал от матери девочки, что четыре месяца тому назад она грозила, что вместе с дочерью покончит жизнь самоубийством. Д. была этим очень обеспокоена, с того дня она уже не засыпала в своей собственной кровати, а хотела спать в отцовской кровати рядом с матерью.

Д. была, по словам ее матери, желанным ребенком; раннедетское развитие девочки мать описала как идеальное и ничем не примечательное. Из-за ребенка женщина бросила работу, чтобы целиком посвятить себя семье. Раньше Д. всегда была живым и сияющим от счастья ребенком, любопытным и общительным. Она, по словам матери, с удовольствием посещала детский сад, где ее все любили. А сейчас она грустная, просто сидит дома, не хочет идти в детский сад, не выходит из дома. Мать считает, что во всем виноват отец, потому что ушел из семьи.

Соображения относительно динамики привязанности

Можно предположить, что Д. вполне сформировала надежную основу привязанности к своей матери, но в рамках острой стрессовой реакции на ситуацию расставания родителей у девочки возникло нарушение привязанности с инверсией ролей. Д. переживает из-за того, что мать в депрессии. Видимо, расставшись с отцом, мать сильнее привязывает дочь к себе, чтобы использовать ее в качестве «антидепрессанта». Угроза матери лишить себя жизни вместе с ребенком очень напугала Д., так что она теперь усиленно заботится о ней. В ходе первичной беседы можно наблюдать, как в рамках инверсии ролей Д. взяла на себя ответственность за свою мать и утешала ее в горе. В то же время Д. не может больше проявлять своего нормального, до сих пор свойственного ей, исследовательского поведения с посещением детского сада и контактами с друзьями; ведь теперь она, беспокоясь за жизнь своей матери, внимательно наблюдает за ней и эмоционально ее поддерживает. Когда по выходным во время посещений отца Д. расстается с матерью, ей приходится опасаться, что мать из-за своей депрессии может покончить с собой, поэтому во время

этих визитов она испытывает особенно сильный конфликт привязанности. Наряду с типичным конфликтом привязанности в том виде, в котором он проявляется у детей разведенных супругов, с поведением привязанности к обоим родителям, здесь имеет место драматическое обострение ситуации, потому что из-за депрессии матери и ее суицидальных угроз приходится считаться с возможностью реальной потери матери, а не только с ухудшением отношений с ней, когда дочь встречается с отцом.

Ход терапии

С одной стороны, мать хотела, чтобы с ее дочерью проводилась игровая терапия, а с другой, была настроена очень скептически, потому что не могла понять, как поведение Д. может улучшиться от такой терапии. Вскоре после первичной беседы мне позвонил адвокат матери Д., который спросил, могу ли я составить заключение о Д., из которого следовало бы, что психическое развитие ребенка находится под угрозой из-за того, что она по субботам и воскресеньям бывает у отца. Адвокат сказал, что мать Д. сообщила ему, как сильно Д. бывает «растерянна и испуганна» после визитов к отцу на выходные. Поэтому он как представитель своей доверительницы очень беспокоится за благополучие ребенка. Несмотря на мои попытки объяснить, что я готов провести лечение, но не могу выступать одновременно и в качестве эксперта в бракоразводном процессе, мать и ее адвокат, в конце концов, все-таки продолжали настаивать на том, чтобы я составил свое заключение. Так как я отказал им в этом, исходя из своих представлений о терапии, отношения были прерваны, а до терапии дело так и не дошло.

Заключительные замечания и катамнез

Этот пример четко показывает, что процессы, связанные с динамикой привязанности, играют важную роль при разводах или расставаниях родителей и что дети при этом могут оказаться втянутыми в конфликт между лояльными привязанностями и амбивалентными отношениями к обоим родителям. Желание большинства детей сохранить отношения между родителями, чтобы они «снова были вместе», – результат стремления снять такую амбивалентность отношений. Эти аспекты динамики привязанности необходимо иметь в виду при проведении чуткого терапевтического сопровождения таких детей и поддерживающих бесед с их родителями, чтобы именно при интенсивной привязанности к обоим родителям дети смогли сохранить эти связи и нашли новый «modus vivendi».

Если в конфликтной ситуации развода родители, напротив, используют детей, их потребность к привязанности и отношениям для разрешения собственных психических проблем, в данном случае суицидальных депрессивных кризисов, может произойти типичная инверсия ролей в поведении привязанности. От детей ожидают, что они станут надежной базой привязанности для депрессивных, оскорбленных, страдающих родителей. Детям приходит-

ся удовлетворять потребности родителей в привязанности и стабилизировать их, подавляя при этом свой страх перед потерей родителей. Естественно, что без терапевтической помощи из этого парадоксального отношения привязанности может развиться новая патологическая привязанность, которую дети могут перенести на будущие отношения привязанности.

Психосоматическая симптоматика

Замедление роста

Маленького М. ко мне направил педиатр, интересующийся эндокринологией, по поводу выявленного нарушения роста. Так как не удалось установить никаких гормональных причин симптома остановки в росте, конкретный запрос состоял в освидетельствовании на предмет возможной психогенной ретардации (замедления роста или стойкого недоразвития).

Первичное знакомство и симптоматика

Анамнез

М. был 14-месячным младенцем, которого на первичную беседу принесли его молодые родители (матери – 22 года, отцу – 25 лет). Мать сообщает, что у М. при профилактическом обследовании была отмечена остановка в росте. После неоднократных повторных обследований было установлено, скорее, замедление роста. Попытки установить причину с помощью лабораторных исследований пока не выявили какой-либо гормональной патологии. Однако мать предполагает, что были проведены еще не все возможные исследования и что выявление заболевания – это лишь вопрос времени. Она очень обеспокоена этим и совершенно не понимает, почему им дали направление на обследование к детскому психотерапевту. Я ощущаю дистанцированность, отторжение и упреки со стороны обоих родителей, а в контрпереносе чувствую явное отвержение. Они уверены, что их неправильно понимают, «считают психами». Очень долго и терпеливо я выслушиваю подробные отчеты об уже проведенных исследованиях и их результатах. Для информации родители принесли с собой также письма от разных врачей. У меня создалось впечатление, что назначение этих писем – убедить меня в органической причине остановки в росте ребенка.

М. – первый ребенок у этих родителей. Мать четыре месяца назад снова пошла работать, а у отца было собственное дело. По словам молодой женщины, ее муж – очень успешный предприниматель, что объясняется его большой увлеченностью своим делом: он «работает и днем, и ночью». М. четыре месяца находится на попечении няни, которой мать передает его в 7 часов утра и забирает в 18 часов. По ее словам, няня великодушно идет им навстречу, и бывало, что ребенок иногда даже оставался у нее ночевать. М. – один из четырех детей, которые находятся на попечении няни в течение дня. Хотя у матери иногда бывает впечатление, что няня присматривает за детьми «только из коммерческих соображений», она все-таки очень счастлива, что у нее та-

кой гибкий подход, потому что благодаря этому может снова работать целый день по своей прежней профессии. Во время беседы ее сын сидит в детском кресле рядом с ней. Когда через какое-то время он начинает капризничать, а потом сердиться и упираться, не желая больше оставаться там, мать отвлекает и успокаивает его все новыми и новыми игрушками, которые она одну за другой достает из сумки, как фокусник. Некоторое время он играет с этими игрушками, но потом отбрасывает их и снова капризничает. У меня складывается впечатление, что М. хотел бы перебраться из своего кресла на руки к матери и что он мог бы хотя бы подвигаться или даже немного исследовать игровую комнату. Я предлагаю это родителям, но они единодушно отвергают это предложение, утверждая, что тогда М. захочет, чтобы его водили за ручку, и что потом уже невозможно будет поговорить. В конце концов беседа прерывается, потому что М. начинает плакать, а родители по этой причине встают и хотят уйти. Они готовы, «если уж так нужно», приходить на следующие беседы, хотя и не понимают их смысла и цели.

Соображения относительно динамики привязанности

М. – это первый, желанный и запланированный ребенок молодых родителей, очень занятых на работе. По моему первому впечатлению, которое потом подтвердилось в ходе дальнейших бесед, оба родителя проявляли паттерн отстраненной привязанности; к потребностям своего ребенка в привязанности и в исследовательской деятельности они подходят очень функционально и без интереса. Они сами и их потребности – вот тот масштаб, которым определяется их поведение по отношению к ребенку. Несмотря на мои предложения реагировать на сигналы малыша и более чутко удовлетворять его потребности, родители не понимают и не принимают таких предложений. После первых бесед я не исключаю психогенного компонента как причину замедления роста; избегающее нарушение привязанности между обоими родителями и их ребенком могло привести к такой форме эмоциональной депривации, которая еще усилилась из-за того, что за ребенком присматривала няня. Хотя няня и осуществляла физический уход за М. (а он стал четвертым из четырех детей, за которыми няня присматривала в течение дня), я предполагаю, что необходимого опыта эмоциональной привязанности не было в достаточной степени ни у няни, ни у родителей. М. демонстрировал явные сигналы привязанности, которые его родители не понимали, и искал близости, которую они не могли или не хотели ему обеспечить. Скорее, они видели опасность в том, что могли избаловать ребенка, вытащив его из детского кресла, когда он закапризничал. Он «с самого начала должен знать свое место».

Ход терапии

По моему предписанию родители М. раз в 2 недели приходили на беседу, которая в основном носила обучающий характер. Мы говорили о развитии мальчика, его желаниях, потребностях, играх, любопытстве и интересах. За не-

сколько бесед удалось добиться, чтобы родители более дифференцированно воспринимали сигналы и потребности своего ребенка. Ребенок продолжал лечение у детского врача, который, собственно, и направил его ко мне. В течение следующих недель родители прониклись бо́льшим доверием ко мне и стали целенаправленно обращаться с вопросами по воспитанию ребенка. В таких более надежных условиях стало возможным снять на видеокамеру одну игровую интеракцию матери и ребенка, а затем посмотреть эту видеозапись вместе с родителями. Такой подход для тренировки чуткости, который мы впервые применили при обучении родителей недоношенных младенцев, нашел позитивный отклик у родителей М.

Вместе мы наблюдали, какие формы поведения и готовность к каким реакциям демонстрировал ребенок, как вела себя мать, что она воспринимала в первую очередь и какие были альтернативы в ее действиях. Причем теперь родители стали проявлять более творческий подход. Постепенно им стало легче настраиваться на внутренний мир ребенка. При такой форме тренировки чуткости особое внимание сначала уделяется подкреплению положительного восприятия и позитивных форм поведения родителей, чтобы не вселять в них неуверенность в их компетенциях, пусть даже столь невысоких, какие были сначала у этой супружеской пары. Через полгода кривая роста М. начала нормализоваться. Он мог теперь свободно бегать, а его родители понимали его исследовательские потребности. Мы рассматривали также вопрос о том, как сделать квартиру безопасной для проявляющего любопытство двухлетнего ребенка.

Я консультировал родителей М. с разными промежутками времени в течение 2 лет. Первоначальное замедление роста уже давно перестало быть темой для обсуждения, потому здесь все постепенно нормализовалось. Родители больше обращались ко мне с вопросами по поводу стадий развития ребенка; теперь они очень старались «все делать правильно». В ходе дальнейших консультаций наибольшее внимание было уделено реакции упрямства М. и изначальному страху родителей избаловать ребенка.

Заключительные замечания и катамнез

С помощью терапии удалось ликвидировать первоначальное интеракционное нарушение привязанности с тенденцией развития избегающей привязанности. В течение всего этого времени не проводилось гормонального лечения, потому что у ребенка не было недостатка в гормонах роста. Мне удалось добиться улучшения в дистанцированной позиции привязанности родителей и их явно малой чуткости к сигналам ребенка, используя консультации с обучением восприятию этих сигналов. На фоне успехов в таком обучении родители стали лучше учитывать и поощрять соответствующие возрасту ребенка потребности в исследовательской деятельности. Правда, вопрос о том, изменилась ли внутренняя рабочая модель родителей под влиянием нового опыта, остается открытым. Можно предположить, что изменение интеракционного

поведения родителей предотвратило развитие крайне сильного нарушения привязанности с психосоматической реакцией и привело к стабилизации надежной привязанности ребенка.

Нарушение пищевого поведения

Причина обращения и симптоматика

Мать маленького Г. записывает на консультацию ее подруга. Она раньше уже была у меня на лечении со своим ребенком. Поэтому теперь она спрашивает, лечу ли я детей с нарушениями пищевого поведения. Она сопровождает подругу вместе с ее восьмимесячным сыном Г. на первичную беседу.

На первый взгляд Г. производит впечатление нормально питающегося ребенка. Он сидит, любопытно оглядываясь по сторонам, в своем детском кресле, в то время как его мать взволнованно сообщает мне: Г. плохо ест, и у нее каждый день уходит по многу часов на то, чтобы его покормить; она часто сидит перед ним, заливаясь слезами, потому что он просто не хочет ничего есть. Каждую неделю она должна приходить к детскому врачу, который взвешивает Г. и постоянно дает один и тот же комментарий: «Прибавки в весе нет». Все соматические исследования, по словам матери мальчика, до сих пор не нашли никакой причины остановки в весе, но она убеждена, что с ее ребенком что-то не в порядке. Нужно провести дополнительные исследования. Но нервы у нее уже на пределе, и она боится наступления следующего времени кормления. Все ее мысли крутятся только вокруг еды. В конце концов ее подруга посоветовала ей обратиться ко мне. Может быть, она сама нуждается в помощи больше, чем ее ребенок. Мать Г. действительно совершенно обессилена и в отчаянии начинает плакать. В это время Г., сидящий в детском кресле, начинает проявлять все большее беспокойство и наконец хочет, чтобы его взяли на руки. И там он продолжает вести себя очень беспокойно. Но мать не может переключиться на него, потому что «переполнена» своими собственными мыслями и рассказами о своих трудностях.

Анамнез

Г. был первым ребенком этой 25-летней женщины. Она сообщила, что они с мужем хотели ребенка. Беременность, по ее словам, протекала совершенно нормально, хотя женщина всегда была склонна к тому, чтобы задумываться и беспокоиться о том, что что-то может пойти не так. Она часами обсуждала с другими женщинами, в том числе со своей матерью, беременность и роды; иногда она даже изводила себя фантазией о том, что ребенок родится инвалидом или умрет при родах. Когда после родов Г. пришлось оставить в детской клинике и несколько дней лечить его по поводу желтухи, мать это воспринимала как катастрофу. Младенец сосал грудь лишь очень короткое время, всего 3 недели. Видимо, мать так волновалась и переживала, что у нее пропало молоко. Потом Г. часто и очень жадно сосал молоко из бутылочки с соской,

после чего у него бывала сильная рвота. Она очень беспокоилась, и это стало поводом для обращения за помощью к детскому врачу. Затем, когда врач установил, что Г. еще и очень медленно прибавляет в весе, она стала паниковать все больше и больше. Со всех сторон ее забрасывали советами, как ей кормить ребенка, особенно этим отличалась ее мать. Почти ежедневно мать звонит ей и справляется о самочувствии Г., а потом все время хочет узнать, готовила ли она еду и достаточно ли ест она сама. Кроме того, мать также вмешивается во все ее домашние дела. Молодая женщина чувствует, что ее со всех сторон контролируют и за ней следят: и детский врач, и ее мать, а теперь, может быть, и я.

Ее муж пытается поддержать ее и берет часть забот на себя, но он работает посменно, поэтому регулярно питаться вместе с семьей ему не представляется возможным.

Соображения относительно динамики привязанности

Я предполагаю, что мать Г. испытывает к своей собственной матери, скорее, амбивалентную привязанность, а этот паттерн привязанности сопровождается неуверенностью и чувством, что ее постоянно контролируют и за ней наблюдают. Со своими трудностями она также часто обращается к матери, названивая ей по телефону; в то же время больше всего на свете она хочет наконец сама заботиться о своем ребенке и сама принимать решения. Еще во время беременности возникают опасения, что Г. может родиться инвалидом. Такие страхи – вполне обычное явление. Однако у матери Г. они достигли больших масштабов, так как в своем страхе и отчаянии она обращается ко многим людям, в том числе к своей матери, но это, видимо, не дает ей должной уверенности. Хотя вес ребенка нормальный и нет острой опасности, что он «может умереть с голоду», сформировался некий порочный круг. Из-за ненадежного состояния собственной привязанности эта мать имеет также заниженную самооценку в том, что касается ее компетенций как матери. С одной стороны, она много часов проводит со своим ребенком, полностью зациклившись на еде, а с другой, испытывает сильную ярость и злость от такой формы отношений. Но поскольку речь идет «о жизни и смерти», она, «конечно, не хочет, чтобы ее ребенок умер с голоду» и по этой причине не может четко провести границу. Она снова воспроизводит паттерн амбивалентной привязанности к своему ребенку, и питание становится «центром внимания» в амбивалентном социальном взаимодействии. На этом фоне у Г. действительно формируется нарушение пищевого поведения с рвотой и отказом от еды.

Ход терапии

Я уверяю молодую мать, что не хочу дополнительно контролировать ее. Моя задача – предложить ей поддержку в этой трудной ситуации и придать ей уверенности в том, что она сама может принять решение, когда, как часто и в какое время она хотела бы кормить своего ребенка. Далее я говорю ей, что для меня

ясно, что у нее близкие, сердечные отношения с сыном, а многочисленные советы и звонки, особенно от ее матери, вселили в нее сильную неуверенность.

Мать Г. глубоко вздохнула и согласилась со мной. Мы подумали вместе с ней, стало бы ей легче, если бы я поговорил с детским врачом, чтобы отменить еженедельное «контрольное взвешивание» и чтобы она сама могла определять время следующего посещения врача и взвешивания. Сначала мать испытывает облегчение от такого варианта, но потом добавляет, что не хочет мириться с тем, что ей придется долго ждать своей очереди. Если ей понадобится, чтобы ее приняли для контрольного взвешивания, у нее также должна быть возможность быстро попасть к детскому врачу.

Кроме того, по моему предложению, мы договорились с молодой матерью, что она может звонить мне по телефону по своему желанию и по необходимости, а я буду быстро перезванивать ей. Сначала мать хотела звонить мне до и после каждого кормления, потому что на тот момент она испытывала такое напряжение, что, собственно говоря, любое кормление могло «плохо кончиться». В первые дни она активно пользовалась этим, снимая напряжение перед каждой ситуацией кормления. Я убеждал ее, что все пройдет хорошо, что она найдет правильное количество еды или предоставит своему ребенку самому решать, сколько он хочет съесть. После кормления мне приходилось заверять мать мальчика, что Г. не умрет с голоду и при небольших порциях, а также что она не должна оправдываться перед своей собственной матерью за маленькие порции. За несколько дней взаимодействие между матерью и сыном при кормлении перестало быть таким напряженным, и мать успокоилась благодаря контакту со мной по телефону.

В ходе дальнейшей терапии в центре внимания было отделение молодой женщины от ее собственной матери. С одной стороны, у матери Г. были глубокие чувства по отношению к собственной матери – желание близости и поддержки; с другой, она хотела отделиться от нее и сама заняться уходом за своим ребенком и его воспитанием. Получается, что она слишком вовлечена в отношения со своей матерью и это мешает ей стать надежной базой привязанности для своего ребенка. Отношения между Г. и его матерью шли к фиксации на паттерне амбивалентной привязанности через нарушение пищевого поведения. Маленькими шажками матери Г. постепенно удалось отделиться от собственной матери и ограничить звонки по телефону (которые сначала были ежедневными), доведя их количество до одного в неделю. Это оказалось возможным, видимо, благодаря тому, что в терапии, в которой она сама определяла частоту и количество контактов, мать Г. могла использовать меня в качестве надежной базы. Общение с детским врачом также стало складываться менее напряженно, потому что мать Г. больше не воспринимала это как контроль и потому что теперь она и в этих отношениях могла определять близость и дистанцию в соответствии со своей потребностью в безопасности и в привязанности.

Лечение продолжалось в общей сложности 4 месяца, после чего нарушение пищевого поведения как проблематика уже отошло на второй план. Од-

нако консультирование матери Г. по поводу взаимодействия с ее собственной матерью, а также по поводу растущих потребностей ее сына, направленных на исследование окружающего мира, было продолжено с бóльшими интервалами – один раз в две или три недели. Причем я предоставил матери возможность самой определять, когда прийти на следующий сеанс. В последующий период я видел мать мальчика все реже, но иногда она напоминала о себе взволнованными телефонными звонками, когда не выдерживала «исследовательского напора» своего ребенка.

Заключительные замечания и катамнез

Этот пример показывает, как паттерн амбивалентной ненадежной привязанности со стороны матери повторяется во взаимодействии с собственным ребенком, правда, симптоматически выстраиваясь вокруг нарушения пищевого поведения. Конечно, сам симптом может меняться. Подобный паттерн мог бы проявляться также, например, в виде нарушения сна. Только с помощью надежной эмоциональной привязанности, которую мать получила благодаря терапевтическим отношениям, с возможностью самой определять частоту консультаций, близость и дистанцию, удается снять напряжение с ее взаимодействия с сыном и, в конечном итоге, поработать над амбивалентностью привязанности в отношениях с ее собственной матерью. Если реальные отношения между матерью и бабушкой и изменились, то сомнительно, изменилось ли что-нибудь в предполагаемом ненадежном качестве привязанности матери.

В соответствии с классическим подходом можно сказать, что с помощью терапевтической триангуляции было достигнуто отделение матери Г. от собственной матери, а также ослабление напряженности в ситуации амбивалентности отношений между матерью и ребенком. Однако триангуляция в какой-то степени существовала еще и до психотерапии, благодаря детскому врачу и мужу. Но мать Г. убедилась, что педиатр мало чем мог помочь ей, потому что на него она переносила отношения с матерью, видя в его поведении выполнение функции контроля; этим он лишь способствовал усилению ее амбивалентности. И только с помощью рефлексии, основанной на теории привязанности и выведенного из нее решения для нашего сеттинга и наших отношений, стало возможным ослабить напряжение в позиции привязанности матери и тем самым улучшить взаимодействие между матерью и ребенком.

Несмотря на предложение помощи, мать Г. впоследствии больше не поддерживала контакта со мной. Поэтому вопрос о том, появлялись ли на более поздних стадиях развития новые интеракционные нарушения, остается открытым.

НАРУШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Нарушения привязанности, уже описанные для младшего детского возраста (от 1 года до 3 лет), могут возникать и в школьном возрасте. Однако на этом возрастном этапе симптоматика совсем другая, потому что теперь кроме се-

парации, необходимой для посещения школы, возникает также проблематика достижений и начала пубертата с ее агрессивностью и сексуальностью.

Школьная фобия

Первичное знакомство и симптоматика

Почти 11-летнего Й. на психотерапевтическое лечение по телефону записывает его мать. Ее голос звучит очень напористо и возбужденно. Она сообщает, что ее сын ходит в первый класс общеобразовательной школы повышенного типа. Однако, собственно говоря, о «посещении школы» говорить не приходится, потому что мальчик, за исключением первых 14 дней нового учебного года, который начался три месяца назад, больше так ни разу и не был в школе. Я назначаю матери время приема. Однако через несколько дней она от него отказывается, потому что за это время у ее сына обнаружили бактериальную желудочно-кишечную инфекцию, которая могла бы объяснить его боли в животе в связи с посещением школы. Теперь сначала нужно вылечить это заболевание. Она говорит, что и отец перенес аналогичное заболевание с сильнейшими болями в животе.

Через 3 месяца после этого первого телефонного разговора мать снова звонит и опять срочно просит назначить ей время приема для ее сына. Она сообщает, что ситуация за это время совсем не изменилась, хотя были проведены различные медицинские обследования и даже операция.

Во время первичной беседы я вижу взволнованную мать, попавшую в затруднительное положение, которая без пауз, очень подробно и с сильным эмоциональным участием рассказывает историю своего сына. А сын при этом сидит на стуле, скорчившись и понурив голову, подавленный, в апатии и депрессии, не участвуя в разговоре. Я обращаюсь прямо к нему и призываю дополнить или исправить сказанное его матерью, но он отказывается, прокомментировав это тем, что мать лучше знает, что с ним.

К этому времени мальчик уже почти полгода не был в школе, но с помощью матери и под ее руководством выполнял дома домашние задания и прилежно наверстывал пропущенные занятия. Все попытки отвести его в школу оказались безуспешными из-за болей в животе и тошноты с рвотой и позывами на рвоту. Изменилось и поведение сына. Если раньше это был жизнерадостный, подвижный мальчик, то теперь он часто уединялся, сидел дома и перестал ходить на спортивные занятия. Он не контактировал с другими детьми и пребывал в одиночестве. Это огорчает его самого, так что он иногда, плача в объятиях матери, жалуется на свое жалкое состояние. Все участники этих событий уже не знают, что делать.

Анамнез

Мать говорила очень подробно и быстро. Она сообщила, что ее сын – второй ребенок, у него есть брат на 6 лет старше. Брат также ходит в общеобразовательную школу повышенного типа, и с ним нет больших проблем. Беременность,

роды и раннедетское развитие пациента, по словам матери, проходили без каких-либо особенностей. Й. был живым, любопытным и излучающим радость ребенком. В начальной школе он без проблем добивался хороших результатов. Поэтому переход в общеобразовательную школу повышенного типа даже не обсуждался. Однако после нескольких дней в новой школе он стал жаловаться на плохое самочувствие, тошноту и боли в животе, в конце концов, его стало рвать по утрам, мать не могла себе даже представить, что можно отправлять ребенка в школу «в таком состоянии». Потом были проведены различные соматические обследования для выявления причины недомогания. В конце концов выявили бактериальную желудочную инфекцию, которую лечили большими дозами антибиотиков. На несколько дней жалобы прошли, но в конце концов симптоматика повторилась снова в неизменном виде. После этого проконсультировались с хирургом, он выявил пупочную грыжу, по поводу которой мальчик был прооперирован в амбулаторных условиях. После операции боли, что характерно, снова на несколько дней уменьшились, и мальчик даже попробовал на два часа прийти в школу, пока ему снова не стало плохо и его не пришлось оттуда забирать. За это время мать ушла с работы (до этого она работала на полставки), чтобы дома ухаживать за сыном, заботиться о его физическом состоянии и помогать ему в учебе. Отец часто бывал в заграничных командировках, так что теперь они снова задумались о том, не мог ли сын заразиться от отца каким-нибудь тропическим вирусом или еще каким-то «экзотическим заболеванием». В качестве следующего шага подумывали о тщательном исследовании в Институте тропических болезней. Мать проводит со своим 11-летним сыном много времени; его 17-летний брат, напротив, уже в значительной степени отделился от семьи и часто проводит время вне дома.

Мать из-за всех этих событий совершенно выбилась из сил, потому что ни многочисленные обследования, ни лечение не принесли изменения симптоматики, и она с явной озабоченностью наблюдала за депрессивным изменением и регрессом в развитии своего сына. Со всем пылом ухаживая за сыном, она отмечала каждую его эмоцию и каждое изменение в нем. Так, на вторую беседу она принесла с собой подробную «документацию»: в тетради она точно фиксировала ход болезни и небольшой рост симптоматики по датам и по интенсивности.

Расспросив женщину, я узнал, что ее сына очень напугала одна учительница, которая, как он понял за первые 14 дней пребывания в школе, была строгой, несправедливой и очень требовательной. Сын в беседе со мной подтвердил это; дальше я услышал, что он до сих пор еще не сошелся с детьми в классе. Правда, у него есть хороший друг, который учится вместе с ним. Но теперь из-за болезни контакт с ним почти полностью прервался. Мальчик рассказал, что ему было трудно ориентироваться среди большого количества новых одноклассников; эти многочисленные новые лица вызывали у него беспокойство и испуг. А поведение новых учителей, которое невозможно было сразу понять, он воспринимал скорее как угрожающее.

Проходя тест «Свинка Черная Ножка», проективный метод, основанный на историях в картинках о приключениях маленькой свинки, мальчик путем ассоциаций рассказал, как он выходил в большой мир, исследовал и изучал его, отрывался от семьи; появились фантазии о том, что мать могла бы его забыть, если бы он далеко ушел от нее.

Соображения относительно динамики привязанности

С классической точки зрения можно было бы предположить, что у Й. симбиотически близкие отношения с матерью, которая опекает его, проявляя сверхзаботливость. Переезд в город, переход в общеобразовательную школу повышенного типа и связанное с этим вынужденное разобщение и расставание с матерью ведут к регрессивному развитию, которое на психосоматическом уровне выражается в школофобии. Его мечта о независимости, которая содержится в фантазиях, высказанных в проективном тесте, отщепляется из-за бессознательного опасения Й., что мать могла бы его забыть, если он уйдет в большой мир. Его симптоматика создает уверенность, что сепарация с матерью не произойдет. Но поскольку эту психодинамику не понимают, то ищут только соматические причины болей в животе, с множеством обследований и лечебных процедур, включая операцию. Выяснить эдипальные отношения с отцом пока не удалось, потому что он часто отсутствует и на него вряд ли можно положиться как на «партнера по триангуляции». В переносе на учительницу, которую Й. воспринимает как требовательную и отвергающую, оживляется амбивалентное отношение к матери. Й. хотел бы отграничиться от учительницы, но боится своих агрессивных импульсов, которые в переносе предназначены, собственно говоря, матери.

С позиций динамики привязанности можно предположить, что у Й. амбивалентно ненадежная привязанность к матери. При этом от матери исходят мощные токи потребности в привязанности. Она привязывает к себе Й. сверх меры, гораздо больше, чем это нужно в его возрасте, беспокоится о каждом проявлении его психического и соматического развития, но делает это скорее в форме чуткого контроля. Мать мало замечает его стремления к исследовательской деятельности и сепарации. Возможно также, что мальчик служит для матери надежной базой, когда отец уезжает на много недель. При существующей ненадежно-амбивалентной привязанности не удается справиться с ситуацией в школе, где есть возможность исследования и расставания, потому что Й., с одной стороны, желает отделения, а с другой, опасается, что мать может этого не допустить. Все соматические обследования и весь домашний распорядок с отказом от посещения школы и индивидуальным уходом и попечением со стороны матери выдают, насколько мать и сын нуждаются друг в друге в амбивалентной коллизии привязанности. Хотя мать теперь, в период взросления детей, начала свое собственное отделение от семьи, устроившись на работу на полставки, возвращение симптомов болезни сына вынудило ее довольно быстро уволиться, чтобы заботиться о ребенке.

И это может быть понято только как собственная амбивалентность матери в смысле ее неосознанных страхов расставания и страхов, связанных с исследовательской деятельностью.

Ход терапии

Так как родителей все еще сильно беспокоила возможность заражения сына тропическим вирусом, а психодинамические соображения относительно причины его болезни они рассматривали только во вторую очередь, по согласованию со всеми участниками была достигнута договоренность о помещении ребенка в стационар для уточнения диагноза. С помощью психотерапии мальчика, проводимой по решению консилиума в условиях стационара, и консультирования родителей в сотрудничестве с детским врачом создавались условия для последующего возвращения Й. в школу.

Необходимые обследования, прежде всего анализ крови, были завершены через два дня. В ходе беседы, в которой участвовали коллеги, занимавшиеся соматическим лечением, родители мальчика и я, мы обсудили результаты обследования. Органическую причину болезни можно было исключить исходя из результатов многочисленных исследований. Родители настаивали еще и на эндоскопии желудочно-кишечного тракта как на «последнем обследовании», но поскольку не было получено данных, которые позволяли бы сделать вывод о наличии какого-либо желудочно-кишечного заболевания, мы отговорили родителей от этого. После этого им разъяснили психодинамическую природу происходящего. Мы довели до сведения родителей свою оценку, согласно которой мальчик хотел отделиться и рассматривал новую школьную ситуацию как шаг в направлении исследовательской деятельности и развития, но при этом он еще чувствовал свою тесную связь с матерью и привязанность к ней. Мать сообщила, что Й. всегда доставлял ей беспокойство и что ей действительно тяжело «отпустить его на свободу». Так, сын всегда спит в супружеской постели, когда отец бывает в отъезде. Хотя я и видел эдипальную составляющую этой сцены, но в терапевтическом отношении не выдвигал ее на первый план. Чтобы облегчить переход Й. к сепарации от матери, мы предложили отцу на некоторое время организовать свою профессиональную деятельность таким образом, чтобы каждое утро отвозить сына в школу. Не могло быть и речи о том, чтобы Й. по утрам один или в сопровождении друзей ездил в школу на автобусе. И пусть он все еще яростно сопротивлялся одной только мысли о том, чтобы по утрам его в школу отвозил отец, и не мог себе представить, чтобы у него не появились боли в животе, мы все-таки попробовали претворить в жизнь этот план. Так как отношение отца к сыну было гораздо более ясным и структурированным, у него не было проблем с тем, чтобы забирать сына по утрам из клиники и отвозить в школу. В первые дни Й. еще настаивал на том, чтобы отец провожал его до дверей класса. С учителем заранее поговорили о планируемой тактике. Правда, сначала Й. еще жаловался отцу на боли в животе и тошноту, но в клинике они проявлялись не так сильно.

На третий день Й. плохо спал, просыпался ночью от тошноты и болей в животе. Так как коллектив медиков, а также родители теперь все больше убеждались в психодинамическом происхождении этих симптомов, то ребенку хотя и дали грелку, но не отменили посещения школы на следующее утро. Страдая, Й. все-таки отправился утром с отцом в школу. Когда они туда приехали, отец «протолкнул» его через дверь в класс, где учитель приветливо поздоровался с ним. Й. смог сосредоточиться на занятиях, ему не пришлось выходить из-за болей в животе, а его одноклассники с любопытством приняли его в свой класс.

Спустя 2 недели мы провели с мальчиком и его родителями еще одну совместную беседу, чтобы обсудить достигнутый прогресс и имеющиеся трудности. Мы смогли запланировать выписку из клиники, чтобы и дома проводить в жизнь прежнюю триангулирующую договоренность. Затем было продолжено лечение сына в амбулаторных условиях и очень интенсивное консультирование матери. У нее была возможность звонить мне по утрам в трудных ситуациях, после того как сын уходил. Из этих телефонных разговоров стало ясно, что мать с трудом выдерживала жалобы сына на боли в животе и тошноту; ей было очень трудно эмоционально дистанцироваться от него. Но в общем и целом посещение школы у Й. стабилизировалось. В индивидуальных беседах с Й. мы обсуждали преимущественно его отношения с отцом и их общие дела, например то, как они вместе что-то мастерили или катались на велосипедах. О страхе перед школой и болях в животе он больше не говорил. Интенсивное индивидуальное консультирование матери, а также более редкие совместные беседы с матерью и отцом также были продолжены в амбулаторных условиях. За это время мать стала склоняться к тому, чтобы снова выйти на работу, а это привело к общему улучшению ситуации и ослаблению напряженности. Через надежность в консультировании мать смогла продолжить свой путь к исследовательской деятельности, то есть к отделению от сына и семьи, чтобы получить большую автономию и самостоятельностью и жить полноценной жизнью. Й. был одаренным ребенком и довольно быстро и успешно интегрировался в школьную жизнь. Несмотря на отсутствие в школе в течение почти 6 месяцев, ему удалось не отстать и усвоить учебный материал в объеме программы своего класса, потому что во время болезни мать прорабатывала с ним учебный материал дома.

Заключительные замечания и катамнез

Благодаря интервенции, построенной на принципах теории привязанности, и активному участию и содействию отца, стало возможным поддержать желания сына, связанные с исследовательской деятельностью и сепарацией, и ослабить его патологически запутанную привязанность к матери.

Эту триангуляцию на поведенческом уровне можно, конечно, истолковывать с эдипальных позиций. Правда, эдипального конфликта с отцом до тех пор вообще не было; скорее у отца была задача освободить сына от отношений амбивалентной привязанности к матери.

Й. смог успешно закончить учебный год, и его перевели в следующий класс. Он очень гордился этим. Он смог продолжить свои тренировки в спортивном обществе. По рассказам матери, по отношению к ней он все больше стал проявлять пубертатное поведение и агрессивность. Это обсуждалось во время индивидуальных бесед, которые я продолжал проводить с Й. с довольно большими интервалами. Й. жаловался, что мать обращается с ним «как с младенцем» и что ему стыдно перед своими школьными товарищами и друзьями по спорту.

Важно было объяснить матери это изменение в поведении Й., которое являло собой, с одной стороны, начало пубертатного развития, а с другой, агрессивные элементы в рамках амбивалентной привязанности. Мать испытала большое облегчение, узнав, что такое поведение Й. было «совершенно нормальным» и что ей не нужно снова беспокоиться, а можно теперь «больше заботиться о себе самой».

Неуспеваемость

Первичное знакомство и симптоматика

Мне позвонили по телефону родители 14-летнего М., которого должны были исключить из школы. Этому предшествовала смена нескольких школ, как взволнованно сообщила по телефону мать. По ее словам, сейчас ситуация настолько обострилась и «запуталась», что М. придется покинуть и нынешнюю школу, а вместе с этим, собственно говоря, вообще «закрывается» возможность нормального обучения и получения аттестата. Мать рассказала, что М. стал просто безучастным, причем это продолжается уже в течение нескольких лет; часто он часами сидит, положив голову на парту, и не принимает участия в занятиях, ушел в себя, отмалчивается, и достучаться до него невозможно.

Анамнез

М. был первым ребенком. За ним родились еще 2 сестры, на 2 и на 4 года младше. По словам матери, сестры, в отличие от М., были очень успешны в школе и шли своей собственной дорогой. М., напротив, всегда был проблемным ребенком для своих родителей, особенно для матери. Несмотря на хорошие способности, которые показали все тесты, проведенные в школе, он снова и снова отказывался отвечать, просто отмалчивался в классе и оставался совершенно замкнутым. По словам матери, это зашло так далеко, что он не делает домашние задания и не участвует в работе класса. Один и тот же паттерн поведения повторялся в разных школах. Мать уже отчаялась. Она уже думает, сможет ли она вообще найти выход для своего сына. Сам М. на первой беседе немногословен, угрюм. Он не знает, зачем пришел. Да, он хочет получить помощь, но в то же время и не хочет. Я ощущаю в контрпереносе его сильную дистанцированность и замкнутость, отвержение, но одновременно и крайне бедственное положение: он сам рассказывает, что чувствует зацикленность, не может выйти из замкнутого круга. В разговоре с родителями я узнаю, что мать много лет назад проходила лечение по поводу симптоматики, связанной со страхами.

Мать вспоминает, что, собственно говоря, любые шаги, связанные с сепарацией и расставанием (детский сад, поступление в школу, загородная школа) были связаны со значительными трудностями. По ее словам, М. все время «сопротивлялся», так что она с самого начала была очень озабочена тем, чтобы «наставлять его на путь истинный». Родители обижены, потому что М. отказался от достижений, а вся семья очень высоко ценит успех.

Соображения, связанные с динамикой привязанности

Все попытки с помощью поведенческой терапии мотивировать М. и уговорить его участвовать в школьных занятиях до сих пор были безуспешными. Каждый раз М. ведет себя по одному и тому же образцу, провоцируя исключение из школы за бездействие с последующей сменой школы. Все это время мать активно занималась им. Однако все ее усилия, направленные на то, чтобы побудить М. по-другому относиться к достижениям в школе и вести себя соответствующим образом, не увенчались успехом. В результате все эти годы поддерживалась интенсивная привязанность между матерью и сыном. Появления адекватного возрасту пубертатного сепарационного поведения пока не было заметно. Хотя после собственного лечения мать сегодня в состоянии лучше справляться со страхом и расставанием, она допускает, что для ее сына это могло бы представлять определенные трудности.

Опираясь на теорию привязанности, я предполагаю, что у М. существует сильная амбивалентная привязанность к матери. С одной стороны, отказываясь учиться в школе, он может поддерживать эту привязанность на очень высоком уровне, но, с другой стороны, может также привносить в их взаимодействие свою агрессию и связанные с ней невысказанные фантазии об отделении. Возможно, сепарация затрудняется тем, что М. вряд ли склонен идентифицироваться с отцом, очень сильно занятым на работе, или соперничать с ним на фоне эдипова комплекса. Именно отказ от достижения результатов в семье, ориентированной на достижения, гарантирует ему постоянство в привязанности к матери.

Я ожидаю, что в терапии надо будет, во-первых, поддержать фантазии об исследовательской деятельности и сепарации, а также соответствующее им по возрасту поведение сына и, во-вторых, поддержать мать в этом процессе сепарации. Вопрос о том, можно ли привлечь отца как триангулирующего вспомогательного партнера, пока остается открытым.

Ход терапии

В мрачном настроении М. приходил на индивидуальную терапию, состоявшую главным образом из бесед, потому что не хотел «соглашаться ни на что другое». Отвечал он односложно. В контрпереносе было очень трудно выносить его манеру держаться, когда он своим молчанием как будто сковывал собеседника. Я узнал, что у М. иногда появляются опасения, что он может упасть замертво. В такие моменты он дышит слишком быстро. Раньше у него было

несколько острых приступов страха. Ему даже как-то пришлось из-за этого прервать отпуск и снова вернуться домой вдвоем с матерью. Эти диффузные чувства страха с психосоматическими компонентами, которые часто связывают с неврозом сердца, или неврозом тревоги, в последний раз появлялись, когда М. нужно было проехать по канатной дороге. Работа над этой сценой с созданием мысленных образов, что он оставляет позади всех членов семьи, срывается вниз – ведь канаты, связывающие их, могли порваться – и умирает, привела к интенсивной проработке его желаний, а также его страхов перед сепарацией. В течение всего времени индивидуальной терапии, которая по желанию М. проводилась частично раз в неделю, частично раз в 2 недели, к лечению подключались также родители, особенно мать. В беседах с одними родителями, а также с одной только матерью в центре внимания были страхи матери в связи с сепарацией сына и вопрос об отце как объекте идентификации для сына.

М. стал все больше общаться со своими друзьями. Теперь он все чаще по ночам посещал вечеринки и дискотеки, и это доставляло ему удовольствие. Мать сначала была очень напугана и подолгу не могла уснуть, пока ее сын по ночам «наконец не приходил домой». Именно об этом мы говорили с ней довольно продолжительное время, поскольку между матерью и сыном существовали очень тесные отношения. М. постепенно стал понимать, как сильно мать привязывала его к себе, и что хотя он и хотел от нее отделиться, но испытывал из-за этого сильные страхи, вплоть до страха смерти.

М. нашел новую возможность для продолжения школьного образования в вечерней школе. Он посещал ее регулярно и успешно учился. Отказа от достижений в вышеописанной форме больше не было. При этом он стал проявлять больше автономии в поведении. Кульминационный пункт сепарации наступил, когда родители запланировали провести несколько недель отпуска за границей во время летних каникул, а М. наотрез отказался сопровождать их. Он сказал, что с гораздо бóльшим удовольствием вместе с друзьями сам организовал бы свои каникулы с походами, ночевками в палатках и всем таким прочим. Мне приходилось оказывать матери эмоциональную поддержку, чтобы она, несмотря на свой страх, все-таки смогла поехать в запланированный отпуск, не зная точно, что делает сын в ее отсутствие. Во время отпуска М. пострадал от несчастного случая, и его пришлось лечить в стационаре, правда, обошлось без особых последствий. То, что он все это выдержал «без своей матери», а также что «мать это пережила», сильно осложнило отношения сына и матери, однако результатом этого, в конце концов, стала дальнейшая сепарация. Ведь именно это изначально и было предметом переживаний материи и сына: что сепарация, а также все более разнообразная исследовательская деятельность и самостоятельность будут связаны со смертельными опасностями и рисками. Новый опыт, свидетельствующий о том, что с этими рисками удалось справиться, принес явный прогресс в лечении.

М. приложил все усилия, чтобы «быть мобильным», чтобы у него была машина («колеса», как он выразился), на которой он мог бы передвигаться сам, один, не завися от «матери в качестве водителя такси». Через общий интерес к мотоциклам М. смог также найти новую тему для разговоров с отцом, благодаря чему идентификация с ним стала более интенсивной.

Заключительные замечания и катамнез

В общем и целом М. в своем развитии смог удачно встать на путь сепарации. Это стало возможным только благодаря проведению с его матерью сопровождающей терапии, основанной на привязанности. Убедившись на собственном опыте в том, что терапия была для нее надежной базой, она в конце концов смогла принять стремление своего сына к автономии. Ему самому больше не пришлось переживать возможное отделение и расставание как фантазию о смерти, а в группе молодежи он быстрее смог настроиться на соответствующую возрасту сепарацию.

Агрессивность

Обсуждаемая форма нарушения привязанности уже была описана ранее как расстройство с агрессивным поведением привязанности. Она может проявляться в различных возрастных группах. Важный ее аспект состоит в том, что агрессивное поведение в процессе социального взаимодействия служит для установления и сохранения привязанности. Не понимая такой динамики привязанности, люди реагируют на агрессивное поведение (например, в школе) изоляцией, ограничительными мерами и наказаниями. Потребность в привязанности и выражающие ее послания не распознаются и происходит, скорее, дистанцирование в привязанности, например, между учителями и ребенком. В результате неадекватное поведение только усиливается, так как лежащие в его основе желания создать отношения привязанности не были поняты.

Первичное знакомство и симптоматика

Восьмилетнего Т. на лечение записывают его родители по настоянию новой учительницы, которая стала преподавать в том третьем классе, где учился Т. По ее словам, мальчик постоянно мешает проводить занятия, ведет себя вызывающе, вскакивает со стула, бьет других детей, в классе его «почти невозможно удержать на месте». Родители никак не могут этого понять, потому что их сын вполне адекватно ведет себя в семье и с друзьями по соседству, не проявляя таких агрессивных и провоцирующих форм поведения.

Анамнез

Родителям было совершенно непонятно, почему Т., который до сих пор был обычным и беспроблемным ребенком, теперь, после смены учителя в третьем классе, стал вести себя вызывающе. Родители обвиняли в поведении Т. учительницу, потому что она, по их словам, не проявляет достаточной четкости

и организованности и не способна настоять на своем. Они тем более доверяли своему выводу, что дома Т. вел себя совершенно незаметно. Из-за этого несоответствия создалась сильная напряженность в отношениях между родителями и учительницей, которая, в свою очередь, чувствовала, что родители Т. ее не понимают. Родители считали, что учительнице нужна педагогическая консультация.

По характеристике родителей, Т. всегда был «беспроблемным» ребенком. Он был единственным ребенком в семье; мать работала полдня, а во второй половине была в полном распоряжении сына, помогая ему в выполнении домашних заданий и других дел, когда он этого хотел. Однако бóльшую часть времени Т. играл на улице со своими друзьями и был «всем доволен».

Соображения относительно динамики привязанности

Можно предположить, что у Т. вполне надежная привязанность к своим родителям. Тогда становится понятным, что ни дома, ни ранее в школе у него не было никаких трудностей. Теперь Т. пытается направить свою потребность в привязанности на новую учительницу. Однако это поведение привязанности не находит отклика, потому что учительница совершенно не справляется с новым классом и плохо налаживает отношения с незнакомыми детьми. И если бы Т. уже сформировал настолько надежную привязанность к группе своих одноклассников, что она смогла бы полностью или на время заменить ему пока еще отсутствующую привязанность к новой учительнице, то это могло бы уменьшить напряженность. Однако очевидно, что привязанность Т. к группе еще не такая сильная, и поэтому у него нет другой возможности, кроме как установить индивидуальную привязанность к своей новой учительнице как первичному референтному лицу в школе. Агрессивным поведением он выражает свою ярость и разочарование в том, что его потребность в привязанности остается незамеченной. Таким путем он немедленно получает эмоциональное внимание и сочувствие, так что его желание привязанности на поведенческом уровне только усиливается. Однако в отдаленной перспективе его поведение приводит к тому, что учительница скорее отдаляется от него, так что возникает порочный круг.

С классических психодинамических позиций можно задаться вопросом, нет ли у Т. отрицательного переноса на новую учительницу. Однако в анамнезе мало указаний на то, какие аспекты поведения учительницы могли вызвать такой отрицательный перенос.

Ход терапии

По желанию родителей и с согласия учительницы была проведена совместная беседа. Я сообщил, что Т. на индивидуальных игровых сеансах был очень адаптивным и послушным, что не удивляет учительницу, потому что со мной он общался индивидуально, а не в составе группы. Я подтвердил это и поддержал ее мнение, что в группе он наверняка ведет себя как трудный ребенок,

поскольку в таком большом классе ему приходится конкурировать со многими другими детьми за ее внимание и благосклонность. Учительница сообщила, что ей приходится постоянно заниматься Т., который всем мешает, бегает по классу, провоцирует ее, и половина урока у нее уходит на то, чтобы призвать Т. к порядку. За последнее время она дважды оставляла его после уроков, и после этого он, как ни странно, был готов к сотрудничеству. Для нее это было совершенно непонятно, но он прямо-таки радовался, когда она оставляла его с собой после уроков. Обычно дети пытались проигнорировать или обойти это наказание. Она даже опасалась, что Т. теперь будет все время мешать ей, чтобы только иметь возможность «наслаждаться» наказанием после уроков.

В результате уточняющих вопросов выяснилось, что учительнице достался очень большой класс, в котором очень много активных и даже гиперактивных детей, а также что структурирование и установление привязанности и контакта с таким большим количеством детей выше ее сил. Она чувствовала, что не справляется прежде всего с агрессивно-провоцирующим поведением, которое совсем не отвечает ее педагогической позиции, ставит ее квалификацию под сомнение или носит характер отвержения. В дальнейшем в ходе многочисленных бесед мы разбирали сложившуюся динамику отношений. Т., как и другие дети в классе, искал контакта со своей новой учительницей и привязанности к ней. Понятно, что создающий помехи, агрессивный стиль поведения очень подходил для того, чтобы учительница в ответ занялась только им одним. Позитивную реакцию на то, что его оставили после уроков, я расценил как признание, что его неосознанное желание состояло в установлении с учительницей очень личных отношений привязанности. Такая точка зрения была новой для родителей, и она освободила их от тягостного представления, что их сын стал злым и агрессивным ребенком, которого рано или поздно начнут выгонять из класса. Мы придумали такой прием: учительница могла дважды в неделю оставлять Т. на полчаса после уроков, но это должно происходить независимо от того, провоцировал ли он ее своим агрессивным поведением или нет. К моменту следующей беседы, которая состоялась через три недели, проблематика агрессивного поведения Т. полностью исчезла. В это послеурочное «особое время» мальчик был приветлив с учительницей, активно работал и показывал себя с самой лучшей стороны. Теперь на занятиях он был мотивирован, образцово участвовал в коллективной работе и поддерживал учительницу. Теперь трудность состояла только в том, что Т. должен был найти в себе силы снова вернуться в группу, потому что учительница не готова была длительное время заниматься с Т. индивидуально. В совместной беседе с ним мы смогли поговорить о его желаниях привязанности к учительнице. Т. испытал большое облегчение от того, что его больше не считали злым мальчиком, который все время всем мешает и которого выгоняют за дверь. Так как его привязанность к учительнице за это время стала более надежной, мальчик, казалось, уже не так сильно страдал от перспективы сокращения и впоследствии полного прекращения индивиду-

альных занятий, на которые его оставляли после уроков. Теперь он на опыте убедился, что, благодаря позитивному участию в работе, можно стать более заметным в классе и выигрывать в конкуренции с другими учениками борьбу за внимание и привязанность учительницы.

Заключительные замечания и катамнез

С позиции теории привязанности, пример данного ученика, агрессивно мешающего проведению занятий, показывает, что «тайм-аут» – «удаление за дверь» – и увеличение дистанции, а также угроза прекращения отношений не приводят к решению проблемы, а, как раз наоборот, вызывают интенсификацию привязанности, если за агрессивным поведением прячутся соответствующие желания привязанности. При этом необходимо, чтобы все участвующие стороны могли понять подход, основанный на теории привязанности и чтобы они были вовлечены в терапевтический союз. Без интервенции, основанной на привязанности, отношения между учительницей и Т., видимо, продолжали бы и дальше «раскачиваться». И хотя индивидуальное лечение в форме игровой терапии также удовлетворило бы потребности Т. в привязанности, большой необходимости в нем не было, поскольку дома потребность в привязанности вполне удовлетворялась в контакте с родителями. Можно предположить, что в ситуации индивидуальной игровой терапии Т. очень хорошо шел бы на сотрудничество и удовлетворял бы свои потребности в привязанности и эмоциональной поддержке, тогда как по отношению к учительнице его поведение, напротив, сохранялось бы в прежнем виде.

Оставшаяся часть учебного года прошла без проблем. Т. стал прилежным и любознательным учеником, которого учительница высоко ценила.

НАРУШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В подростковом возрасте особое значение придается таким аспектам, как *привязанность, расставание и сепарация*. Видимо, специфическая для возраста сепарация и расставание с родителями на этой стадии проходит тем легче, чем более надежной до этого была привязанность. В противном случае, при наличии паттернов ненадежной привязанности, можно ожидать тех или иных нарушений в процессе отделения.

Симптоматика зависимого поведения

Следующий пример служит для рассмотрения с позиции теории привязанности болезней зависимого поведения, часто наблюдаемых у молодых людей. Он показывает как зависимость от определенных веществ, в данном случае от различных наркотиков, сосуществует с зависимыми отношениями. Эти разные формы зависимого поведения необязательно сочетаются друг с другом. Существует плавный переход от романтической одержимости звездами эстра-

ды или музыкальными группами к расстройствам с зависимыми или очень симбиотическими отношениями.

Первичное знакомство и симптоматика

17-летнюю С. ко мне привели в сопровождении сотрудницы управления по делам молодежи после того, как девушка неоднократно попадалась при проведении полицейских облав, иногда в пьяном виде, а иногда с небольшими дозами наркотиков. До этого в беседах в управлении по делам молодежи она все время подчеркивала, что во всех ее страданиях виноват 30-летний друг, который все время «бросал» ее и обманывал с другими женщинами. Если бы только он любил ее так, как она этого хотела, то ей не пришлось бы пить спиртное и принимать наркотики. Тогда она и без наркотиков была бы «на седьмом небе».

На первичную беседу приходит ухоженная, ярко накрашенная молодая женщина; в мастерски поддерживаемой непринужденной беседе она пытается установить контакт в такой манере: «Как дела, что я могу для вас сделать?», как бы меняясь со мной ролями. Она старается произвести впечатление автономности и независимости, не ударить в грязь лицом; о том, чтобы попросить совета или помощи, и речи быть не может. Таким вступлением и такими маневрами она загоняет меня в ситуацию человека, ищущего совета и помощи.

Анамнез

С. очень умело, увлекательно и динамично, как роман, рассказывает историю своей семьи, приводит яркие эпизоды своего детства и юности.

Она единственный ребенок богатых родителей. Где они сейчас, в какой части света, она не знает: уже два года она не имеет с ними контактов. Сейчас она живет в молодежном жилом комплексе. Она предполагает, что была зачата путем искусственного оплодотворения и что отец, возможно, ей не родной. Но, по ее мнению, это не имеет никакого значения. На мужчин ведь все равно нельзя положиться; зачем же ей еще беспокоиться о своем родном отце? У ее матери, собственно говоря, в голове всегда была лишь собственная карьера. По словам С., когда она была маленькой, она была еще одним красивым «экспонатом» наряду со многими музейными экспонатами, которые ее богатые родители собирали для развлечения. У нее не было недостатка ни в чем, игрушек и подарков было с избытком; няни – она даже не помнит, сколько их было и когда какие из них приходили и уходили. Всегда были какие-то девушки, которые должны были заботиться о ней. Иногда от случая к случаю она встречалась со своей матерью, которая куда-нибудь брала ее, например в зоопарк или в кино. С. безумно радовалась этим «ярким моментам», но потом всегда испытывала разочарование, потому что мать хотя и проводила с ней «аж целых полдня», но по-настоящему «все-таки при этом не присутствовала». На мой вопрос, что С. имеет в виду, она задумчиво отвечает: «Ну, вот так, чтобы сердцем и душой присутствовать». Во время полового созревания у нее впервые появились сложности, когда она постоянно влюблялась во все

новых мальчиков и с тоски уже не могла думать ни о чем другом. Школа и учеба просто потеряли для нее актуальность. Все снова и снова она испытывала горькие разочарования, потому что на парней и на мать нельзя положиться. Вот так она и «переплывала» от одних отношений к другим. Я подхватываю этот образ и спрашиваю, а всегда ли она, собственно говоря, искала гавань. С. задумывается и говорит: «Да, да, вероятно, это можно рассматривать и так; это как корабль в открытом море, который все время обнаруживает новые экзотические острова; он полностью теряется в своих фантазиях, как прекрасно могло бы быть на этих островах, но гавани нет, просто нет такой гавани, в которой можно было бы бросить якорь, надежно укрыть свою лодку от волн и сойти на берег, чтобы освоиться на этом острове и познакомиться с ним». Наша беседа с целью сбора анамнеза выходит из берегов и выливается в философские рассуждения, которые пациентка украшает цитатами и примерами из «Маленького принца». Она сообщает, что ее мать уже третий раз вышла замуж и что она даже точно не знает, с кем и где мать в данный момент живет. Со своим родным отцом она уже два года как не поддерживает отношений. Из-за трудностей в школе ее помещали в различные интернаты, но все попытки улучшить положение дел в конце концов заканчивались неуспеваемостью, так как С., по ее мнению, как раз была «безумно влюблена». Посещая вечеринки, она постепенно из-за фрустрации пристрастилась к спиртному; с ним боль становилась не такой сильной, когда ее снова бросал очередной парень. Свой первый сексуальный опыт она приобрела в 12 лет; она просто скользила из одних отношений в другие. Я использую этот образ и говорю, что если она так «скользила», то, может быть, у нее было желание где-то остановиться и удержаться. Она снова задумывается и через какое-то время говорит: «Да, остановиться, чтобы тебя удержали, чтобы больше не быть одной, иметь кого-то, кто всегда был бы рядом, к кому бы я могла обратиться, но ведь это лишь глупые фантазии, которые не сбудутся».

Я ясно чувствую, как она становится печальной, задумчивой и уходит в себя. Через какое-то время она сообщает, что в состоянии подавленности она стала пробовать наркотики; она никогда не делала этого регулярно, но всегда прибегала к ним, когда ей было особенно плохо и когда она не в силах была больше выдерживать свою боль, печаль и тоску. Я удивляюсь тому, как откровенно, дифференцированно и интроспективно она может говорить о себе.

Соображения относительно динамики привязанности

Сама С. считает причиной своих нынешних трудностей и проблем сомнения относительно своего происхождения. Остается открытым вопрос, была ли она желанным ребенком, возможно, лишь служила нарциссическим экспонатом для своих богатых родителей, но, с точки зрения динамики привязанности, она не была вовлечена в реальную эмоциональную привязанность и в отношения. За ней присматривали и ухаживали многочисленные сменяющие друг друга няни. С определенного момента С. отучила себя каждый раз снова наде-

яться и желать, чтобы одна из этих нянь осталась подольше. Прогулки и контакты с матерью для нее значили много, но в конце концов она почувствовала, какой формальный и малоэмоциональный характер они носят. Она ищет «надежную гавань», где сможет стать на якорь. Вряд ли можно яснее выразить пожелания относительно динамики отношений. Попытки С. в пубертатный период в различных отношениях с мужчинами, в том числе и через сексуальность, реализовать какие-то из этих желаний не приводят к успеху отчасти и потому, что ответить с той же интенсивностью на ее желания привязанности мальчики в этом возрасте не могут. В связи с этим она испытывает глубокое разочарование. И тут всплывают на поверхность ранние разочарования в привязанности и весь спектр скорби и печали по непрожитой привязанности к своим родителям. В конце концов боль становится такой сильной, что она пытается подавить эти чувства алкоголем и наркотиками или сделать их таким способом хотя бы переносимыми. Однако все усиливающееся развитие болезни зависимого поведения не снимает остроты дефицита привязанности. Возникает такая динамика, при которой средство, от которого она зависит, само становится объектом надежной псевдопривязанности, призванным заменить настоящую привязанность. Наркотическое средство всегда рядом, в любое время доступно, всегда утешает при появлении болезненных чувств, оставляет ощущение, что тебя «носят на руках», что ты «расслабляешься». Его можно использовать, когда в этом возникает потребность, удовлетворяя детские желания и потребности в опоре, безопасности и надежности. Решение об удовлетворении потребностей в привязанности и автономии с помощью наркотического средства как некоего «суррогата» человек может принимать самостоятельно и применять это средство очень гибко. Наркотик, пока он есть в наличии, всегда надежнее, чем человек. Хотя он и может закончиться, но виноваты в этом не конфликты, связанные с динамикой отношений, и не трудности привязанности, а лишь нехватка денег, так как в принципе при наличии финансовых средств наркотик всегда под рукой. С ростом зависимости девушка в конце концов полностью утратила связь с привязанностями и отношениями, с друзьями. Наркотическое средство удовлетворяло все желания и потребности, находясь в центре внимания как главная основа привязанности.

Эти рассуждения свидетельствуют, скорее, об избегающем отношении к привязанности у С. Правда, ее способность к интроспекции и самоанализу не вяжется с такой оценкой. Однако в ходе терапии становится ясно, что эти хорошие вербальные способности (умение говорить о себе, о своих потребностях и желаниях в отношениях) носят скорее поверхностный характер и не сопровождаются действительно «эмоциональным волнением».

С точки зрения классического психоаналитического подхода, у пациентки можно обнаружить сильный эдипальный конфликт с почти отсутствующим отцом, а также неразрешенную эдипальную проблематику как отягчающее обстоятельство. Об этом свидетельствует отвержение родного отца и – как результат – поиск отношений с мужчинами намного старше ее, а также быстрое,

спонтанно появляющееся в первых двух беседах, отношение переноса. Эта динамика определенно присутствует, но в моих диагностических рассуждениях, а также при подготовке к терапии отходит на второй план. Вместо нее рассматривается имеющая первостепенную важность для течения заболевания проблематика, связанная с динамикой привязанности.

Ход терапии

В отличие от обычного поведения молодых людей, которые приходят на терапию очень осторожно и нерешительно, преодолевая сопротивление, или вообще не хотят идти на нее (что типично для подростков, страдающих наркоманией и токсикоманией, с далеко зашедшим развитием болезни зависимости), С. после первых бесед очень хочет продолжать терапию. Вне всякого сомнения, она хотела бы приходить даже несколько раз в неделю. Сложились бурные отношения переноса, которые вполне можно было бы истолковать как трансферентную любовь или эдипальный перенос. Однако, с моей точки зрения, в переносе на первый план полностью выходят ее первичные неудовлетворенные желания привязанности. Из-за жесткого структурирования сеттинга и ограниченного числа сеансов (лечение проходило дважды в неделю в положении сидя) С. все время была фрустрирована и разочарована. По причине этих разочарований ей было трудно продолжать лечение, ведь она могла бы довольно быстро «бросить» его в поиске другого, лучшего терапевта или, в конце концов, вообще отказаться от терапии. Именно из-за ее нарушения привязанности, которое напоминает паттерн социального промискуитета, я не поддался на протесты и требование С. увеличить частоту терапевтических сеансов, а оставил сеттинг в виде 2 часов в неделю в положении сидя.

Если у пациентов с ненадежной привязанностью, испытывающих голод по привязанности, их потребности в привязанности удовлетворяются слишком быстро, то, по нашему опыту, у них еще не успевает сформироваться надежная база, которая помогла бы выдержать разочарования и фрустрации. В этом случае, даже несмотря на интенсивное удовлетворение потребностей, отношения довольно быстро прекращаются. Пациенты пускаются на поиски нового первичного объекта привязанности, надеясь, что он будет более надежным и сможет удовлетворить их ненасытные потребности в привязанности.

В случае С. сложился такой процесс терапии, в ходе которого мне пришлось действовать очень чутко и деликатно, выдерживая фрустрации и разочарования, ярость и ненасытные желания, а также требования этой молодой женщины. При этом я долгое время в контрпереносе ощущал, что меня не воспринимают как объект, что меня можно заменить другим, что сегодня меня используют, а завтра, возможно, выбросят. Ее аффективные реакции были весьма бурными. Ее интенсивные желания отношений и фантазии об их разрыве долгое время колебались, переходя от одной крайности к другой. Только после 60 часов терапии я убедился в стабильности наших отношений, начал ощущать, что меня воспринимают как визави. После этого началась стадия

бурного процесса скорби, расставания с напрасными надеждами, горя по всему тому, что С. хотела для себя в отношениях с матерью, отцом и разными нянями, но чего она так никогда и не испытала. Теперь она могла конкретнее отреагировать на то, что ее желания бо́льшего количества терапевтических сеансов и бо́льшей близости не были удовлетворены, дав волю грусти и печали; но при этом она могла уже не реагировать немедленно фантазиями о прекращении терапии или угрозами.

Теперь она снова ходила в школу. Но кризис наметился, когда по возрасту она уже не могла оставаться в жилом комплексе для подростков и предстоял переезд. Тогда вместе с управлением по делам молодежи было найдено такое решение: из жилого комплекса для подростков она должна была переселиться в специальное общежитие квартирного типа.

Это означало, что во время самостоятельного проживания ее должен был курировать социальный педагог, который посещал ее на дому и оказывал поддержку в выполнении социальных требований повседневной жизни. Для С. было важно, чтобы социальный педагог и я хорошо понимали друг друга и поддерживали между собой контакт. В ее фантазии мы стали для нее заменителями родителей и самыми важными референтными лицами, к которым она испытывала привязанность.

Стало ясно, что в контакте с социальным педагогом и в терапевтическом контакте со мной все большую роль стали играть также вопросы автономии, исследовательской деятельности и сепарации. С. больше не хотела, чтобы социальный педагог так часто посещала ее; теперь пациентка предпочитала сама принимать решения в своих делах и самостоятельно приводить их в порядок. Иногда она забывала о том, что у нее назначено время для терапии, потом смущенно звонила и извинялась, и на данной стадии лечения это можно было расценить не как сопротивление, а как начало автономии и отделения.

Заключительные замечания и катамнез

С. очень старалась продолжить лечение, по крайней мере, в ее фантазиях оно не должно было заканчиваться, внезапно прекращаться или прерываться, она нашла бы это очень «неестественным». С. смогла продолжить обучение в школе и получить аттестат. Она все лучше справлялась с самостоятельным планированием своей жизни и принятием собственных решений. Больше не было острой опасности развития наркотической и алкогольной зависимости, хотя иногда на вечеринках С. пила спиртное и курила марихуану. Вопрос о том, следует ли рассматривать это как остаточную симптоматику, как нерешенную проблематику привязанности и отношений или как адекватное подростковое любопытство в смысле получения удовольствия и исследования окружающего мира, остается открытым. С расставаниями и стадиями скорби она уже могла справиться более успешно, не впадая в регрессию и не усиливая потребления наркотиков. Я получал от нее то письмо, то открытку, а иногда она звонила мне по телефону – словом, «подавала признаки жизни». Я отвечал ей, и теперь

она могла обращаться ко мне в соответствии со своими желаниями контакта или дистанцирования. Опасности «слияния» в отношениях, как этого страстно желала пациентка, теперь больше не было, то есть отношения переноса были проработаны и разрешены без окончательного прощания.

Асоциальность и делинквентность

Асоциальное поведение, включающее ложь, кражи, побеги из дома, нарушения правил и норм, прогуливание школы, и делинквентность (мелкое воровство или даже разбойные нападения) становятся все более распространенными нарушениями поведения в подростковом возрасте.

Первичное знакомство и симптоматика

13-летнего П. направляют на лечение в детскую психиатрическую клинику. Он помещен туда решению суда, после того как его неоднократно задерживала полиция. Он много раз совершал «непродолжительные экскурсии» на машине своего отца и один раз, превысив скорость на этом мощном автомобиле, стал причиной аварии, в которой, к счастью, был нанесен лишь материальный ущерб.

Кроме того, было известно, что П. посещал школу лишь эпизодически и несколько раз попадался на кражах в магазинах, на подделке подписей и попытках совершения мошенничества с чеками.

П. – коренастый хмурый мальчик, по виду довольно депрессивный, который не испытывает желания лечиться и внутренне сопротивляется содержанию в клинике, пусть даже и позволяет привести себя в отделение «как жертвенного агнца». В первичной беседе он (уже наученный многочисленными допросами в полиции) только для протокола говорит, что не виноват и что его никто не понимает. Если бы он не попал в аварию на отцовской машине, он бы вообще не оказался здесь. Его родители оплатили ущерб, так почему же ему нужно проходить стационарное лечение? Ведь автокатастрофы случаются ежедневно, но из-за этого же не отправляют в психушку всех, кто стал причиной аварии.

Для своего возраста он весьма красноречив, вполне умело аргументирует свою точку зрения и пытается защищаться. Если поверить его словам, то вся его биография и все обвинения в его адрес не имеют с ним ничего общего. В контрпереносе я колеблюсь между гневом, досадой, желанием конфронтировать П. с его «преступлениями», даже спровоцировать его, а также чувством беспомощности и импульсом отправить его назад. Что мне делать с этим не желающим проходить терапию асоциальным подростком? Тут ведь наверняка «все усилия напрасны».

Анамнез

П. был единственным ребенком в семье. С отцом на момент помещения сына в стационар связаться было невозможно, потому что он из-за различных правонарушений, связанных с мошенничеством, сидел в тюрьме. У мате-

ри, работавшей посменно, было трудно вызвать мотивацию для проведения первичной беседы, потому что она, с одной стороны, чувствовала облегчение оттого, что П. забрали в психиатрическую клинику, а с другой, «хотела бороться за то, чтобы его выпустили». Раннедетское развитие она описывала как «беспроблемное», хотя уже не могла вспомнить подробностей беременности, родов и раннего развития ребенка. Ведь все это уже позади, и здесь-то она не из-за этого. Было отмечено явное сопротивление воспоминаниям о том времени. Трудности, по ее словам, начались в подростковом возрасте, когда мальчика из-за избыточного веса все время дразнили в школе. Тогда ему просто разонравилось ходить в школу, и он часто оставался дома, когда мать была на работе. Так, в прошлом году он довольно часто целыми днями запирался дома, опускал жалюзи и просто не выходил за дверь. Попытки матери выманить его из «берлоги» также не увенчались успехом. В это время он довольно часто по ночам уходил посидеть в отцовской машине, а потом однажды уехал на этой машине. Как часто он предпринимал такие «поездки», она сказать не может. И вот наконец произошла та драматическая авария. Хотя ущерб был большой, семья возместит его. П., по мнению его матери, не «сумасшедший», поэтому она будет бороться за то, чтобы его выпустили «из психушки». Значение предшествующих краж и случаев мошенничества, включая мошенничество, связанное с чеками, мать преуменьшала. На тему, связанную с заключением отца под стражу, говорить удавалось лишь с большим трудом. Ранее П. был свидетелем того, как его отца долго разыскивала полиция, как тот скрывался и, наконец, попал в засаду в собственном доме и был арестован, когда пришел проведать свою семью. Мать рассказала, что П. очень страдал от этого, потому что отношения с отцом для него были очень важны. Теперь же по решению суда контакт П. с отцом был запрещен, потому что суд, по мнению матери, исходит из абсурдного предположения, что П. вовлечен в мошенничество и что отец проинформировал его о местонахождении значительных сумм денег.

Соображения относительно динамики привязанности

Можно предположить, что у П. ненадежная привязанность, потому что ни мать, ни отец не являются для него надежной базой. Из-за ареста отца он страдает больше, чем из-за расставания с матерью в связи с помещением в стационар. Это могло указывать на возможность более амбивалентных эмоциональных отношений привязанности П. к отцу, чем к матери. П. уверяет, что он без матери не выдержит, а она хочет за него «бороться». Однако на эмоциональном уровне такая непрерывность привязанности не прослеживается. Напротив, складывается впечатление, что мать хочет бороться за П. ради того, чтобы он был дома и удовлетворял ее потребности в привязанности. Открытым остается вопрос о том, превращал ли и отец отношения с П. в инструмент для решения своих проблем, использовал ли он сына для мошеннических действий и злоупотреблял ли он доверием сына.

Возможно, П. реагировал на арест отца сильной реакцией скорби; поэтому подросток и запирался в своей комнате и, подавленный, горевал там о потере отца. Так, он больше не мог ходить в школу, потому что функции его Я из-за довольно сильной реакции на расставание и без того испытывали сильные перегрузки. Возможно, автомобиль отца следует рассматривать как специфическое для пубертатного периода средство сепарации, которое при этом позволяет также мальчику в фантазии установить эмоционально тесную связь с отцом. Возможно, когда он едет на машине отца, он в глубине души чувствует свою связь с ним. Несомненно, желания и потребности П. в привязанности совершенно не были удовлетворены. Еще до нынешнего помещения в клинику он снова и снова своим асоциальным поведением привлекал к себе внимание полиции и управления по делам молодежи, и в гораздо меньшей степени – внимание собственных родителей. Им занималась целая сеть вторичных значимых лиц. Хотя родители и высказывали свою заинтересованность в привязанности, которая доходила даже до борьбы за отношения, эмоционально и реально они так и не доказали этой заинтересованности.

Преступное и асоциальное поведение понимается как попытка мальчика реализовать свои потребности в привязанности (которые он не мог удовлетворить во взаимодействии с родителями) через общение с государственными учреждениями социального обеспечения, с социальными педагогами и судьями. Таким образом, общество, которому мальчик бросил вызов, стало его надежной базой с четко структурированными правилами, которые дают П. защиту от его собственных импульсов и способствуют его интеграции в социальную середу.

Ход терапии

Лечение П. состояло из индивидуальной терапии два раза в неделю в сочетании с групповой терапией трижды в неделю. Такой сеттинг был выбран из следующих соображений: благодаря достигнутому в индивидуальной терапии развитию эмоциональной уверенности и надежности П. мог бы в условиях группового лечения попытаться настроиться на соответствующую его возрасту привязанность к сверстникам. Бросалось в глаза, что П. был одиночкой, который в клинике явно избегал контактов с другими подростками и решал многие проблемы только в интересах одного себя. На начальной стадии, хотя он и приходил более или менее вовремя на индивидуальные беседы, вел себя там жестко и неприветливо, давал надменные ответы и явно сопротивлялся лечению. Напротив, во время групповой терапии он вел себя очень тихо. Во всех взаимоотношениях, в частности, с прикрепленным к нему куратором и с персоналом клиники, он был замкнутым, избегал привязанности, но при этом был необыкновенно послушным и адаптивным. О нем можно было почти что забыть.

Таким образом, в клинике П. показал другую сторону своей личности, предстал перед нами крайне послушным и покладистым человеком. Казалось, он

жил себе потихоньку без каких бы то ни было эмоциональных желаний и потребностей в привязанности и отношениях. Такое поведение, по крайней мере, при поверхностном рассмотрении действительно заставляло усомниться в необходимости стационарного лечения П.. Но, исходя из соображений динамики привязанности, я возразил, что за таким нарушением без каких-либо признаков поведения привязанности может крыться колоссальная эмоциональная обделенность, которая постепенно стала проявляться в индивидуальной терапии, куда П. стал приходить все более регулярно и использовать ее для обсуждения простых вещей повседневной жизни. В конце концов нашлась тема, на которую мы проговорили много часов. П. хорошо разбирался в машинах и мотоспорте и часами мог говорить обо всех событиях в этой сфере. Сторонний наблюдатель мог бы рассматривать это как поведение сопротивления, потому что таким способом он предотвращал разговоры о себе и своих чувствах. Однако с позиций динамики привязанности я понял это так, что за время проведения индивидуальной терапии он обрел столько эмоциональной надежности, что, останавившись на теме «машина», он, собственно говоря, хотел обсудить свою тяжелую ситуацию в отношениях с отцом. Однако сначала я ничего не сказал ему о таком толковании нашей беседы. Лишь через много сеансов удалось заговорить с ним также о технических подробностях машины отца, которую П. разбил, превратив в груду металлолома. При этом его эмоциональное отношение к отцу еще не было непосредственной темой обсуждения. Любые попытки напрямую заговорить об отце он пропускал мимо ушей. Параллельно этому мальчик посещал групповую психотерапию; там он, правда, не говорил на эмоционально затрагивающие его темы, но группа подростков, несомненно, уже оценила и признала его как любителя техники и специалиста. При этом бросалось в глаза, что после каждого группового сеанса П. в огромных количествах закупал в киоске сладости, которые потом поглощал без всякого разбора. Эту поведение я понял как иное выражение его желаний и потребности в привязанности. В классической литературе это могло быть интерпретировано как регрессия на оральную стадию. С помощью сладостей и орального удовлетворения П. пытался регулировать свои эмоциональные потребности и свои депрессивные чувства, зародившиеся во время раннего развития и реактивированные терапией. Лишь гораздо позднее П. смог поговорить о своем желании как-нибудь навестить отца в тюрьме. Это подтвердило мое предположение о том, что его эмоциональная привязанность к отцу была заметно сильнее, чем к матери.

К его желанию встретиться с отцом я подошел с пониманием. С судом и судебными властями была достигнута договоренность, как организовать такое свидание. Затем, после того, как П. впервые навестил отца, подростка как будто подменили; его депрессия явно уменьшилась, он стал более оживленным и начал принимать более активное участие в жизни отделения клиники. Через некоторое время он, заливаясь слезами, впервые смог в групповой терапии поговорить о своем отце. Его опасения, что группа будет лишь

высмеивать его, а он станет изгоем, не оправдались: группа реагировала очень чутко и с большим сочувствием, его ситуация произвела на нее сильное впечатление. Это укрепило его привязанность к группе сверстников, так что, наряду с индивидуальной терапией, группа также стала для него важной надежной базой, отталкиваясь от которой (и вместе с которой) он смог «исследовать мир» во время проведения досуга. Сначала П. послушно соблюдал больничный распорядок, однако на более поздней стадии лечения он начал противиться этому, игнорируя правила и просто нарушая их; теперь он мог гораздо более гибко придерживаться правил, заведенных в отделении, договаривался со значимыми лицами о возможностях покидать клинику и получал на это разрешение; в общем и целом он стал более общительным.

После этого были приложены большие усилия, чтобы привлечь мать к лечению через регулярные семейные беседы. До этого мать либо опаздывала на сеансы терапии, либо незадолго до них отказывалась приходить. П. пришлось признать, что заверения его матери в том, что она лично прикладывает активные усилия, чтобы помочь ему, не соответствуют действительности; она снова и снова ссылалась на другие, более важные дела и встречи, чтобы не навещать его. Потребовались большие усилия и конфронтация, чтобы склонить мать хотя бы к сколько-нибудь структурированному терапевтическому союзу. Однако надо признать, что в полной мере это не удалось сделать. В индивидуальной терапии с П. была проделана работа скорби, которую теперь, опираясь на надежную привязанность, он уже мог себе позволить. Ему пришлось признать, что ту эмоциональную поддержку, которую он ожидал от матери, он мог получить только от отца, с которым теперь общался во время кратких свиданий. П. долгое время колебался, не зная, возвращаться ли ему к матери или все-таки воспользоваться возможностью поселиться в жилом комплексе для подростков. Наконец П. выписали домой, причем об этом просили и он сам, и его мать.

Заключительные замечания и катамнез

Как показало дальнейшее амбулаторное лечение, П. смог продолжить сепарацию от матери и при этом старался дистанцироваться от ее эмоциональных переживаний. Опыт, приобретенный им в терапевтической группе, был настолько важен, что П. и после выписки довольно быстро завязал знакомство с группой сверстников, которая дала ему более надежную базу для дальнейшего развития, чем отношения с матерью. За время его почти годичного пребывания в стационаре стабилизировалась и его успеваемость в школе; он смог снова регулярно посещать занятия и успешно закончил школу.

Во время последующего амбулаторного лечения у П. не отмечалось больше случаев асоциального поведения. Он смог начать профессиональное обучение. Отношение к матери было по-прежнему дистанцированным, но теперь

он в трудных ситуациях и в поиске надежной привязанности эмоционально уже не был так зависим от нее. С помощью группы он смог настолько удовлетворить свои потребности в привязанности, что теперь, будучи молодым человеком, мог познавать мир вместе со своими друзьями. Важные для себя отношения с отцом он сохранил, регулярно навещая его в тюрьме.

Нейродермит

Тяжелые психосоматические заболевания подростков, такие как нейродермит, нервная анорексия, булимия, болезнь Крона, язвенный неспецифический колит, вызывают огромное психическое напряжение и у членов семьи. Тяжесть физической симптоматики часто требует проведения соматического лечения параллельно с психотерапией подростка, иногда с контролем, например, за показателями крови или изменениями веса. Это приводит к тому, что молодые люди интегрируются в тесные рамки «лечебного режима», которые хотя и удовлетворяют их потребность в привязанности, но не удовлетворяют их желания сепарации. С точки зрения теории привязанности, в задачу терапевта входит нахождение точного баланса между привязанностью и автономией у подростков.

Первичное знакомство и симптоматика

Тихим, робким голосом г-н О. спрашивает, может ли он прийти ко мне на терапию. Он точно не знает, что такое «терапия»; ко мне его направил домашний врач. Г-н О. говорит, что у него много проблем, но он не может говорить о них по телефону.

На первичную беседу приходит 19-летний очень высокий, стройный молодой человек, который втягивает голову в плечи, входя через дверь. Приветствуя меня, он робко берется за кончики моих пальцев. Я замечаю, что его левая рука перевязана. Недоверчиво и одновременно с ожиданием он смотрит на меня через очки в никелированной оправе. Он долго ждет, пока я, наконец, не беру инициативу в свои руки и не начинаю его расспрашивать.

Он говорит, что пришел на прием, потому что у него большие проблемы с подругой. Она, по его словам, очень мила, заботится о нем, они очень хорошо понимают друг друга; организация быта – не проблема. Вот уже полгода, как они живут вместе. С одной стороны, он страстно желал этого, а с другой, она часто бывает просто невыносимой. Он становится агрессивным, и тогда ему приходится убегать из квартиры, потому что он опасается, что может произойти «взрыв». Эти сильные эмоции одолевают его именно тогда, когда они «очень близки» или пребывают вместе в интимной обстановке. Из-за этого он чувствует себя очень несчастным и уже не знает, что делать. По его словам, подруга интерпретирует его поведение как отвержение и отказ; это его очень печалит. Но у него уже много лет проблемы с кожей. Сейчас она опять «расцвела». В настоящее время он не может работать, потому что его кожа во многих местах «лопнула и кровоточит».

Анамнез

Г-н О. родился восьмым и последним ребенком в большой семье. Он сам думает, что его матери «и шести детей было достаточно». Имена своих братьев и сестер и их дни рождения он может вспомнить лишь с большим трудом и не совсем уверен в правильности сообщенных им данных. По его словам, в его жизни во всем царил хаос, а мать не справлялась с таким количеством детей. Он вспоминает семью как место, где каждый выживал сам по себе, кто как мог.

Еще в младенчестве у него были проблемы с кожей. Его самые ранние воспоминания связаны с тем, как в детсадовском возрасте он ежедневно выдерживал бои с матерью, потому что не хотел, чтобы она мазала его мазью. Он бушевал и кричал, но ничего не помогало: «С моей мамой ни у кого не было шанса».

Особенно усилилось его кожное заболевание в период полового созревания, ему было совсем плохо. Его неоднократно и подолгу лечили в стационаре, при этом ему назначали кортизон. О пребывании в больнице у него остались самые приятные воспоминания. Он хорошо запомнил одну пожилую медсестру, которая с любовью заботилась о нем. Ему всегда нравилось, когда именно она мазала его мазью.

Школу он закончил с трудом, потому что из-за болезни снова и снова длительное время пропускал занятия. Сейчас он получает профессиональное образование. Однако из-за своей болезни он не знает, сможет ли его завершить. Расспросив подробнее, я узнаю, что у него были «особые отношения» с сестрой, которая старше его на 4 года. Но это, по его словам, «отдельная история».

Во время беседы г-н О. говорит все тише и бессвязнее, лишь обрывками предложений; я чувствую, что он становится все печальнее и задумчивее. Несмотря на свой рост, он прямо-таки сжимается в кресле и уменьшается в размерах. В контрпереносе у меня складывается картина маленького, обиженного мальчика, который требует заботы и ухода.

Соображения относительно динамики привязанности

Отношения между г-ном О. и его матерью, видимо, с самого начала были в высшей степени амбивалентными, потому что он был восьмым и, скорее всего, нежеланным ребенком. Если исходить из того, что у нейродермита множество причин, то можно предположить, что ненадежная привязанность к матери представляет собой, по меньшей мере, дополнительный отягчающий фактор. Можно также предположить, что мать испытывала по отношению к сыну чувства агрессии и беспомощности, потому что в детстве он бурно сопротивлялся, когда его ежедневно нужно было мазать мазью. Видимо, будучи ребенком, он испытывал сильную боль, когда у него «лопалась кожа» и он нуждался в таком уходе, но при этом из-за вынужденной телесной близости чувствовал, что полностью находится во власти матери, ее действий и чувств. Так, лечебная процедура сближала с матерью, хотя и была весьма агрессивным социальным взаимодействием, вызывавшим сильный протест пациента.

Он надеется получить от матери уход, защиту и облегчение для своей больной кожи, но одновременно ненавидит мать, потому что она причиняет ему сильную боль, так как ей приходится бесчувственно отклонять его бурный протест и попытки избежать такой заботы и такого ухода[6]. Подобное игнорирование его потребностей приводит к переживанию бессильной ярости и беспомощности в устрашающей ситуации; оно типично для паттерна дезорганизованной привязанности.

Я предполагаю, что отношение г-на О. к матери характеризовалось как элементами амбивалентно-ненадежной привязанности, так и (дополнительно) компонентами избегающей и дезорганизованной привязанности. Данный вывод можно сделать на основании того, что во время нахождения в стационаре он испытывал эмоциональное облегчение и смог, например, построить положительные отношения с пожилой медсестрой. Стационар обеспечивал ему эмоциональную надежность и безопасность, так что он мог позволить этой медсестре ухаживать за собой без формирования таких агрессивных отношений, как с матерью.

Возможно, старшая сестра была для г-на О. надежным значимым лицом. Правда, в начале лечения мне не было понятно, какого рода «особая история» связана с этой сестрой.

Обращает на себя внимание тот факт, что г-н О. вообще не упоминал своего отца, а после расспросов молодой человек, пожав плечами, говорит только, что отец «всегда был весь в работе». Остается неясным, действительно ли отец так мало присутствовал в семье. Я предполагаю, что пациент был настолько сильно занят собой и своей матерью, что «тонул» в группе братьев и сестер и не воспринимался отцом как отдельный индивидуум.

Из-за трудных, запутанных, агрессивно нагруженных отношений привязанности г-на О. к матери я ожидаю, что в терапии он направит на меня сильные желания близости, безопасности и надежности, а также ухода и заботы. Однако в лечении – из-за испытанных в близости к матери страха и агрессии – важно будет также учитывать и соблюдать его потребности в дистанцировании на фоне компонентов его избегающей привязанности.

Ход терапии

На первой стадии лечения г-на О. сильно занимали отношения с его подругой. С одной стороны, он опасался потерять ее, с другой стороны, мог выносить близость с ней лишь короткое время, несмотря на свои желания и потребность в близости.

Он приходил на терапию три раза в неделю. Эту частоту сеансов он выбрал сам. Он радовался терапевтическим сеансам и каждый раз приходил заранее, уже ждал меня и, сияющий, проходил в кабинет. Правда, почти сразу стало ясно, что пятидесятиминутный лечебный сеанс для него был еще слишком длинным. Попробовав, как он себя будет чувствовать при терапии в положении сидя и лежа, он решился на положение лежа, потому что так он мог луч-

ше расслабиться и ему не приходилось постоянно смотреть на меня. Правда, по его просьбе, я сидел не позади него, как в классическом сеттинге, а рядом с ним, потому что так он не воспринимал мое присутствие как нечто угрожающее и пугающее. Он мог хорошо расслабиться на кушетке и в то же время при необходимости мог поглядывать на меня. Он хотел ощущать мое постоянное присутствие, но его пугала ситуация, в которой я мог бы «напасть на него сзади». Он вспоминал свои трудности с матерью, которая часто по вечерам «ловила его», чтобы потом насильно раздеть, а затем искупать и помазать мазью, и каждый раз эта процедура казалась ему целой вечностью.

Бывало, что через 20 минут сеанса пациент вынужден был подняться, потому что опасался, что внутреннее напряжение может стать непереносимым. Он еще какое-то время сидел на кушетке, или мы продолжали терапию в таком положении, но иногда он вынужден был уйти еще до формального окончания сеанса. Он говорил, что испытывает сильное чувство вины, потому что сначала хотел трижды в неделю пользоваться моим «драгоценным временем», а потом уходил раньше времени, тем самым, возможно, разочаровывая меня. Принимая во внимание трудную историю его привязанности к матери, мы четко поняли, что для него сейчас очень важно самому решать, какую близость и дистанцию он считает для себя уместной. Постепенно он смог проводить на кушетке гораздо больше времени и выдерживать лежа на ней возникающее в теле напряжение.

На тех стадиях лечения, когда г-на О. переполняла сильнейшая ярость по отношению к матери, у него возникали фантазии об убийстве, которых он очень стыдился. В то время он и меня воспринимал как «преследователя», который «запихнул его на эту дурацкую терапию» и мог «определять все», например, день и час терапевтического сеанса, его начало и конец, свой отпуск. На любую попытку заговорить о его агрессии с грубым и бестактным обесцениванием моей личности он отвечал еще белее резкими вербальными выпадами.

Лишь гораздо позже я узнал, что в этот период он, переполненный агрессивным напряжением, гонял иногда на мотоцикле по опасным, извилистым улицам. При этом он обгонял другие машины, в том числе и на непросматриваемых участках, фантазируя о том, что сейчас может прогреметь «сильнейший взрыв», который освободит его от всех проблем. Эти парасуицидальные действия можно понять как выражение его сильнейших переживаний ранней агрессии. В это время симптоматика его кожного заболевания становилась настолько острой, что он подумывал о том, чтобы снова лечь в клинику. Он испытывал сильный страх, что я, возможно, не смогу больше выносить его с его «полопавшейся, кровоточащей кожей», что рано или поздно я все равно должен буду прогнать его, как его подруга, пригрозившая, что уйдет от него.

Прошло какое-то время, пока он смог поговорить со своей подругой о близости и дистанции в их отношениях. Молодой человек сказал ей, что ему хорошо, когда она рядом, но он пока еще не в состоянии поддерживать такую интенсивную близость, которой она добивается. Напряжение в партнерских

отношениях ослабло, когда он осмелился поговорить со своей подругой на эту тему и попросил ее, чтобы она разрешила ему регулировать параметры их близости. При этом было нелегко объяснить подруге, что его отстраненность и дистанцирование не означали, что он отвергает ее. Напротив, он чувствовал, что подруга хорошо о нем заботится, но иногда испытывал страх перед зависимостью.

На следующей стадии лечения значительное внимание было уделено отношениям со старшей сестрой. Он понял, что она была для него человеком, к которому он испытывал самую стабильную привязанность. Но и эти отношения привязанности были не без амбивалентности. Пациент рассказал, как его сестра в период полового созревания по ночам приходила к нему в постель. Он радовался этим ночным визитам и страстно ждал сестру, потому что ему были приятны ее близость и телесный контакт под одним одеялом. Однако одновременно он чувствовал сексуальный прессинг с ее стороны: «Если я хотел ее близости, мне нужно было заплатить за это определенную цену».

И только теперь стало понятно, что эти «особые отношения» активировались в переносе на его подругу. Мы смогли понять, почему именно в интимных ситуациях со своей подругой он так «взрывался».

Потребовалась большая чуткость, чтобы отследить и оценить его желания близости и присутствия, с одной стороны, и дистанцирования и избегания привязанности с кроющейся за ними ранней яростью, с другой. Я часто не знал, что делать, чувствуя, что требуемая близость в привязанности и сохранение дистанции вкупе с возможностью агрессии напоминают трюк на канате или хождение по краю пропасти и что нарушение этого хрупкого баланса очень быстро могло привести к прерыванию терапии.

Он ощущал, что от меня самого исходит большая угроза, когда я слишком рано захотел поговорить с ним о его психодинамике. Замечания по поводу отношений переноса вызывали у него большое беспокойство, что проявлялось в телесных реакциях. На сеансе он реагировал на мои слова острыми кожными симптомами (чрезвычайно сильным зудом). Я чувствовал его крайнюю хрупкость, в прямом и переносном смысле слова «тонкокожесть», мне как будто приходилось жонглировать мыльным пузырем, который от порыва ветра или неверного прикосновения не уносится в воздух, а лопается.

После этой стадии, на которой он в переносе воспринимал меня как угрожающего и агрессивно требовательного, мой терапевтический кабинет стал для него очень надежной, структурированной «пещерой». Его занимала обстановка моего кабинета и висящие там картины, как будто это помещение – надежная и предсказуемая база привязанности, к которой он мог приблизиться с меньшим страхом, чем ко мне.

Иногда он переживал пугающее чувство деперсонализации. В такие часы он почти не мог говорить, чувствовал себя не в своем теле, как будто стоял рядом с собой и рассматривал свое истерзанное, кровоточащее тело, которое вот-вот «распадется, начиная с кожи».

Но в ходе дальнейшей терапии состояние пациента начало очень медленно и постепенно стабилизироваться. Критическими стадиями были мои довольно продолжительные отпуска. Перед четырехнедельным перерывом, связанным с моим отпуском, произошла внезапная вспышка кожного заболевания. Теперь уже было не так сложно заговорить с ним о его страхах потерь. Он не знал, как пережить это «время отпуска длиною в вечность». На предпоследнем сеансе перед моим отпуском г-н О. очень нерешительно и боязливо спросил меня, не может ли он на это время взять к себе домой мою картину, которая все время была у него перед глазами, когда он лежал на кушетке. Эта картина так хорошо знакома ему, она связана с этим помещением и со мной и по ней он сможет снова найти верный ориентир. Я испытал большое облегчение от того, что ему пришла в голову такая идея, и с удовольствием дал ему эту картину. Он хотел проверить, что будет испытывать, когда эта картина будет у него дома. На следующем и последнем перед отпуском сеансе г-н О. был спокойнее. Он рассказал, что для картины нашлось хорошее место в его квартире. Она будет «поддерживать его», пока я буду в отъезде.

С помощью этого переходного объекта ему удалось выдержать перерыв в терапии, вызванный моим отпуском. Картина была частью того надежного места, где он чувствовал себя в безопасности, а также частью меня, которую он таким способом унес с собой домой. Понятно, что ему нужна была именно конкретная картина, чтобы он мог у себя дома – даже в мое отсутствие – испытывать чувство безопасности и надежности. Ввиду того, что у этого пациента присутствовали элементы избегающей привязанности, становится понятным, что помещение, где я проводил терапию, это «безопасное и надежное место», называется и интернализуется с меньшим страхом, чем непосредственные отношения со мной, в которых больше активировались амбивалентные компоненты привязанности.

Спустя два с половиной года он по собственной инициативе расстался со своей подругой. Он больше не хотел столь частой близости с ней, которую требовала от него она. Впервые появились фантазии о том, чтобы предпринять длительное путешествие. До этого он еще никогда не уезжал в отпуск один. Мы провели много часов, обсуждая его фантазии о том, как должна проходить эта «экспедиция», – так он называл эту поездку. Теперь он чувствовал себя увереннее, мог, по крайней мере в своем воображении, отделиться от меня и расстаться со мной, чтобы «разведать новые континенты».

До сих пор я рассматривал это как работу в пространстве фантазии, и поэтому был очень удивлен, когда он стал превращать свою «экспедицию» в реальность. Так, он купил себе какой-то особенный автомобиль, который переделал в жилой автомобиль. При этом жилую часть можно было отцепить от передвижной части и оставить на стоянке. Несколько недель он интенсивно занимался отделкой этого жилого автомобиля. На каждом терапевтическом сеансе пациент с гордостью сообщал о продвижении отделочных работ. В своих фантазиях он рисовал себе те хорошие качества, которыми должен

обладать такой жилой автомобиль, который (как мать) обеспечил бы ему стабильное, безопасное и надежное существование и снабжал бы его всем необходимым. Исходя из этого, мы создали для обозначения этого транспортного средства метафору «мать-мобиль» – надежная база его экспедиции. Представление о том, что он может отцепить «материнскую часть» своей машины и независимо от нее на «тягаче» разведывать местность, показалось ему большим преимуществом как в практическом, так и в символическом смысле. Он мог сохранить свою «материнскую станцию», которая для него была вполне конкретным «устройством системы жизнеобеспечения», в качестве надежной базы во время путешествия, а при желании исследовать окружающий мир мог отделяться от нее в полной уверенности, что при необходимости сможет снова зайти в «материнскую часть», например, чтобы поспать и приготовить еду.

Прошло много недель с момента полной готовности жилого автомобиля, пока молодой человек решился на конкретное планирование своей «трехмесячной экспедиции». С одной стороны, я снова и снова спрашивал себя, в какой степени эти планы и фантазии уже после достижения психической стабилизации были феноменом сопротивления процессу проработки переноса в ситуации здесь и сейчас; но, с другой стороны, я все-таки должен был открыто признать его усилившиеся желания, связанные с исследовательской деятельностью, реализацию которых он, оставаясь в пределах надежной базы терапии, смог спланировать сначала в фантазии, а затем и в реальности, воплотив их своем жилом автомобиле.

В конце концов он отправился в свою экспедицию, оставив меня волноваться и ждать, пройдет ли все хорошо и вернется ли он домой в добром здравии. Он очень точно почувствовал мое волнение и беспокойство на нашем последнем сеансе перед отъездом и утешил меня тем, что будет присылать мне с дороги открытки, «давая о себе знать», чтобы я мог ориентироваться в том, где он в этот момент находится.

И действительно, за следующие 3 месяца я все время получал открытки с тех мест, которые он наметил на своем маршруте. Я был удивлен, что он действительно открывал для себя новые континенты и, казалось, превращал свои фантазии в действительность. Но путешествие протекало не без проблем. Его «мать-мобиль» много раз подводил его и требовал ремонта. Но он находил помощь на месте, а благодаря своим хорошим техническим знаниям и умениям, кое-что в своем автомобиле мог починить и сам.

Я чувствовал нарастающее беспокойство, долго не получая от него открыток, и какое же облегчение я испытывал, когда потом приходили сразу 2 открытки! Я отслеживал по карте его поездку и, несмотря на большие расстояния, и мысленно, и эмоционально поддерживал с ним связь во время этого трехмесячного перерыва в лечении.

Через 3 месяца, точно в назначенное для приема время, он, сияющий, снова стоял со своим «мать-мобилем» перед моим кабинетом. Ему надо было мно-

го рассказать мне, много чего сообщить. Я был рад ему и испытал облегчение от того, что он «так хорошо перенес» эту поездку.

С того момента снова и снова возникал вопрос о стадии его сепарации и отрыва от меня; он стал подумывать о завершении терапии и при этом он не испытывал страха или боязни новых вспышек кожного заболевания.

На прощание он подарил мне картину, которую привез из своего путешествия. Он представлял себе, как я повешу ее в своем кабинете, чтобы вспоминать о нем, когда его здесь не будет, как когда-то картина из моего кабинета помогла ему выдержать расставание во время моего первого продолжительного отпуска.

Заключительные замечания и катамнез

Лечение, продолжавшееся три с половиной года с частотой по 3, а на некоторых стадиях и по 4 сеанса в неделю, привело у г-на О. к явной стабилизации его Я. С учетом динамики привязанности удалось тщательно проработать его амбивалентные агрессивно нагруженные отношения привязанности к матери, а также трудные отношения с сестрой.

В переносе я был для него на некоторых стадиях и мамой, и папой. Именно на последней стадии терапии с планированием его поездки стало ясно, что он хотел поговорить со мной «как мужчина с мужчиной о вопросах экспедиции». Опираясь на растущую надежность привязанности, он смог осуществить свои желания сепарации и исследования окружающего мира и в реальности, и на символическом уровне. Изобретение «мать-мобиля» позволило ему уехать очень далеко и надолго от надежного места терапии, потому что он взял с собой свою надежную базу в форме материнской части этого автомобиля.

Его нейродермит хоть и не прошел окончательно, но появились довольно продолжительные стадии без обострения заболевания; уже одно это дало г-ну О. большое облегчение. В конце лечения он мог сам «содержать в порядке» свою кожу, используя жирный крем, а кортизон ему давно уже был не нужен.

Через два года я получил от г-на О. газетную вырезку с объявлением о его свадьбе и короткое письмо, из которого я сделал вывод, что он нашел свое место в жизни. В профессиональном плане у него тоже произошли изменения: за это время он основал свою фирму, став молодым предпринимателем, и, судя по письму, был успешен.

НАРУШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ У ВЗРОСЛЫХ

На примере специально подобранных картин болезни у взрослых я наглядно показываю, что тематика привязанности продолжает оставаться актуальной также и отношении их симптоматики. Обнаруживаются паттерны нарушений привязанности, аналогичные тем, которые до сих пор были описаны для детского и юношеского возраста.

Симптоматика тревоги, паники и агорафобии

Еще Боулби (Bowlby, 1976) указывал на взаимосвязь в развитии симптомов страха, паники и агорафобии и объяснял их нарушением привязанности в детском возрасте. В своих исследованиях людей, страдающих агорафобией, он нашел 4 разных семейных интеракционных паттерна, которые рассматривал как патогенные, то есть формирующие у ребенка нарушения привязанности, которые впоследствии, во взрослом возрасте, делали его предрасположенным к симптомам агорафобии. Гвидано и Лиотти (Guidano, Liotti, 1985) проверяли правильность этой гипотезы и также нашли типичные семейные конфликтные ситуации у пациентов, испытывающих страхи. Потребности детей в автономии, в исследовании окружающего мира ограничивались родительским контролем и запретами; родители изображали детям мир вне семьи как полный опасностей и сообщали им, что одни, без постоянной защиты родителей, они не смогут с ними справиться. Кроме того, родители грозили, что не будут помогать детям в беде. Такие угрозы могли передаваться разными способами: мерами дисциплинарного воздействия, ссорами родителей, угрозами совершить самоубийство, через потерю важного лица в форме его эмоционального отчуждения, реального отсутствия, соматического или психического заболевания или смерти.

Первый контакт и симптоматика

О предстоящей «экстренной госпитализации» г-жи Р. меня по телефону извещает частнопрактикующий врач-невропатолог. По его словам, она сейчас «терроризирует» не только его и своего домашнего врача, но и всю семью. Несмотря на уведомление об «экстренности» и о «терроре», г-жа Р., красивая 29-летняя женщина, приезжает на госпитализацию лишь несколько часов спустя в сопровождении дочери и мужа, потому что дома она никак не могла расстаться со своим ребенком. Поэтому в конце концов она просто взяла свою трехлетнюю дочь с собой. С ними обоими она не может расстаться и для беседы, предшествующей госпитализации. Изложение своей симптоматики она предоставляет мужу, а сама в это время тихо плачет, производя при этом впечатление маленького, беспомощного ребенка. У меня такое чувство, что от нее нельзя ничего требовать и что я должен понимать ее без слов.

Г-н Р. с большой озабоченностью рассказывает, что с тех пор, как полтора года назад умерла мать г-жи Р., она страдает «сердцебиением, нерегулярным пульсом, повышенным давлением, дрожью в коленях, приступами головокружения, страхами вплоть до панических состояний». Уже много недель она не может оставаться дома одна. По словам мужа г-жи Р., за ней все это время ухаживали родственники и он сам, однако, так как теперь его отпуск кончился, они уже «даже и не знают, что делать». В последние недели г-жа Р. не пускала свою дочь в детский сад. Испытывая страх, она по многу раз в день звонит домашнему врачу или невропатологу, потому что опасается «из-за сер-

дечного приступа прямо на месте упасть замертво». Амбулаторное лечение у невропатолога (антидепрессантами, транквилизаторами и нейролептиками) не принесло облегчения. Наоборот, г-жа Р. теперь еще больше, чем раньше, размышляет о смерти своей матери. Если раньше она еще ухаживала за больным отцом, то сегодня она не может даже вести собственное домашнее хозяйство. В конце г-жа Р. говорит тихим голосом: «Я хочу наконец быть свободной и жить без страха!»

Анамнез

Г-жа Р. родилась в маленькой деревушке и была самой младшей из пятерых детей в семье. Ее братья были старше ее на 14, 11 и 5 лет, сестра – на 7 лет. Г-жа Р. была «принцессой» семьи, все ее «очень баловали». Мать осталась в ее памяти «доброй и щедрой». Будучи «послушным и робким ребенком», девочка сильно «цеплялась за юбку матери». Поэтому для нее было «большим шоком», когда мать в возрасте 68 лет «внезапно упала со стула от паралича сердца и умерла». Отца она характеризует как «такого же любящего», как мать, но к отцу у нее «не было особого отношения». Оба родителя вместе держали маленький крестьянский двор. Они много работали, и у них было мало времени для семьи. Отец уже довольно давно болеет и зависит от ухода и поддержки г-жи Р. Но сейчас ее мучает мысль, что она может потерять и его; это «сводит ее с ума»; по ее словам, «второй смерти» она не переживет.

Когда г-жа Р. была маленькой, она отказывалась ходить в детский сад, потому что «всегда хотела быть вблизи матери». Мать, выполняя свою ежедневную работу на маленьком крестьянском дворе, также везде брала ее с собой. Еще в восемь лет она «цеплялась за спину матери», когда та спускалась в подвал за дровами. Когда г-же Р. было 7 лет, внезапно от сердечной недостаточности умерла ее бабушка, с которой она спала в одной постели. Тогда никто не говорил об этом с девочкой, потому что «смерть в семье была табу». После смерти бабушки г-жа Р. спала между родителями в их супружеской постели. Потом на 12-м году жизни она сама, «несмотря на протест матери» и при поддержке брата, который был старше ее на 5 лет, стала спать отдельно.

Закончив старшую ступень полной народной школы (8-й класс), г-жа Р. переехала в соседнюю деревню, чтобы закончить профессиональное обучение; там она жила вместе с подругой. Это расставание с родными не было для нее трудным, так как она «по-прежнему могла проводить выходные дома у родителей». Затем она многие годы работала по полученной специальности, что «доставляло ей большое удовольствие». В возрасте 23 лет она вышла замуж, а спустя 2 года родилась ее первая дочь, с которой у нее «очень сердечные отношения». Теперь девочка спит по ночам в супружеской постели г-жи Р., которая не пускает ее в детский сад, так как «иначе обе – и мать, и дочь – испытывают панические страхи». Если раньше дочь одним своим присутствием помогала г-же Р. в течение дня контролировать страхи, то в последние несколько недель ей это уже не удавалось, несмотря на помощь дочери и других родственников.

Соображения относительно динамики привязанности

В изложении г-жи Р. отношения привязанности к матери предстают сильно идеализированными и кажутся надежными. Однако я предполагаю, что мать г-жи Р., перегруженная заботами о семье и сельскохозяйственными работами, а после смерти бабушки испытывавшая особенно сильное перенапряжение, несмотря на большую пространственную и телесную близость уже не была в эмоциональном плане достаточно доступна для г-жи Р. как «надежная база». Можно предположить, что тем человеком, к которому пациентка испытывала надежную привязанность, была ее бабушка, которую г-жа Р. потеряла в возрасте 7 лет, когда бабушка внезапно умерла от разрыва сердца, и это стало сильной травмой для девочки. Из-за семейной табуизации и отрицания работа скорби была невозможна. С тех пор г-жа Р. стала еще сильнее цепляться за мать, которая наверняка также скорбела, скрывая это от детей. Девочка вела себя «послушно и робко», чтобы агрессивными стычками ни в коем случае не поставить под угрозу близость к своей матери. Понятно, что при таких обстоятельствах г-же Р. тогда не удалось отделиться от матери. Однако она не могла ни признавать, ни выражать ярость и разочарование по этому поводу, потому что это представляло бы опасность для ее отношений с матерью. Она и ночью искала близости к матери, чтобы рядом с ней чувствовать свою безопасность и защищенность; однако можно предположить, что и сама она служила для матери надежной эмоциональной базой, так как ей, «несмотря на протест матери» и против ее воли, лишь в возрасте 12 лет наконец-то удалось «покинуть» супружескую постель. Здесь становится ясно, как сильно мать пыталась предотвратить развитие автономии пациентки.

Внезапная смерть матери была повторением травматической ситуации. Непроработанная и до сих пор не оплаканная потеря бабушки всплыла из воспоминаний. Пациентка чувствовала себя «лишившейся всякой надежности и уверенности, бессильной», узнав, что ее попытка контролировать мать и следить за ней провалилась перед лицом смерти. Представление, что и ее отец как вторичное лицо, к которому она испытывала привязанность, тоже может умереть, повергало ее «в панику».

Хотя пациентка с эмоциональной помощью подруги смогла реализовать себя в рамках профессионального обучения и сделать тем самым маленький шаг в направлении сепарации, она по-прежнему была очень тесно связана с родителями.

Благодаря раннему браку пациентка смогла установить с мужем симбиотический паттерн привязанности, аналогичный паттерну привязанности к матери. Правда, ее все время сбивали с толку перемены в рабочем графике супруга, который работал посменно, его ночные смены вызывали у нее особое «отвращение». Во время беседы при госпитализации муж пациентки чутко откликался на ее потребности и сопровождал ее очень заботливо, однако, поскольку он работал, он не мог посвящать ей все 24 часа в сутки. Некоторое

время отношения с ее маленькой дочкой давали пациентке столько уверенности и надежности, что она могла выдерживать свои страхи; но теперь эта система разрушилась, возможно, из-за необходимости ухаживать за отцом и ожиданий грозящей потери.

Складывается впечатление, что пациентка как будто снова восстановила свою детскую ситуацию и аналогичную констелляцию, в которой она сама теперь мать и срочно нуждается в своем ребенке как в надежной базе для поддержки, чтобы выдержать собственные страхи. Однако такое поведение привело ее дочь, как и саму пациентку, к тому, что им пришлось отказаться от собственных желаний исследовательской деятельности и сепарации. Ее дочь теперь не могла ходить в детский садик, и у нее, в свою очередь, тоже появились страхи, так что создалась угроза передачи нарушения привязанности следующему поколению. Конфликт, лежащий в основе этого нарушения у пациентки и ее дочери, можно было бы сформулировать так: я хочу, наконец, быть свободной и независимой, исследовать мир, ходить в детский сад, когда захочу. Но я боюсь и чувствую, что моей матери нужно, чтобы я была рядом с ней. С ней может что-то произойти, в худшем случае она покинет меня или умрет от страха. Поэтому я останусь с ней, так как *она* мне нужна больше, чем детский сад. Когда я дома, я могу проследить, чтобы с ней ничего не случилось. Ведь мне не нужно говорить ей, как я раздражена и раздосадована, что из-за нее мне приходится оставаться дома, потому что я боюсь, что мне может быть еще хуже, если она почувствует мой гнев.

Данный анамнез можно без проблем описать также с психодинамической точки зрения как нерешенный эдипальный конфликт, который вскрывается в тот момент, когда умирает мать пациентки, а ее отношения с отцом из-за ежедневного ухода за ним, возможно, впервые в жизни интенсифицируются.

Ход терапии

Г-жа Р. довольно быстро смогла привыкнуть к обстановке больничного отделения. Она была «послушной пациенткой», ловко приспосабливалась, избегала любых конфликтов с другими пациентами и с персоналом. Сначала г-жа Р. хотела встречаться со мной ежедневно и снова и снова жаловалась на свою сердечную симптоматику, на свои головокружения и страхи. Ей удалось привязать меня к себе, заставить беспокоиться по поводу ее соматических жалоб. Однако я реагировал на ее соматические жалобы с раздражением, так как в наших отношениях чувствовал себя «привязанным» и контролируемым ее симптоматикой. Я вспомнил, что коллега, направивший г-жу Р. на лечение, говорил о том, что она «терроризировала» семью. Жалуясь на свои симптомы, она могла даже не говорить о своих чувствах, но в то же время регулировать близость и дистанцию в наших отношениях. Через две недели пребывания в клинике она почувствовала себя физически стабильнее. Ее жалобы и страхи все больше отходили на задний план. Пациентка стала принимать активное участие в жизни отделения. По договоренности с ней частоту бесед удалось

снизить до 3 часов в неделю, так как она все больше воспринимала и рамки отделения, и меня как «надежную базу». Пребывание г-жи Р. дома в выходные дни проходило удовлетворительно, ей все труднее было прощаться с родными и возвращаться в отделение. Хотя в течение недели она скучала по дому, но мысль о выписке пока ее очень пугала. На мою попытку «ускорить» развитие ее автономии путем привлечения к участию в групповой психотерапии она отреагировала новыми приступами головокружения и учащенным сердцебиением. Впервые она придала особое значение своим собственным желаниям, потребовав от меня продолжения индивидуальной терапии и отказавшись от «направления» на групповую терапию. Я столкнулся с тем, что через усиление своей симптоматики она снова и снова добивалась близости в привязанности и контакта со мной и таким способом управляла нашими отношениями. К моему удивлению, через 12 недель лечение было досрочно закончено по настоянию мужа пациентки, так как он пожелал, чтобы его жена снова вернулась домой. Г-жа Р. по-прежнему относилась к этому весьма амбивалентно. В конце концов по ее просьбе я выписал ее домой, потому что убедился, как сильно она скучала по домашней обстановке и по своей семье. Я сам считал, что ее длительное расставание с трехлетней дочкой оказывало неблагоприятное влияние на развитие девочки. Она хотела продолжить лечиться у меня в амбулаторных условиях, но я счел это нецелесообразным из-за большой удаленности (ей пришлось бы ехать на прием ко мне около часа). Вместо этого я порекомендовал ей амбулаторное лечение с высокой частотой сеансов у своего коллеги –частнопрактикующего врача, приемная которого находится недалеко от ее дома.

Через шесть недель г-жа Р. снова позвонила мне и сообщила, что она не нашла терапевта поблизости от своего дома и что теперь, несмотря на большое расстояние, сможет приезжать ко мне на дальнейшее лечение. За это время дома, где и стены помогают, г-жа Р. чувствовала себя более или менее свободно от страха и могла «с грехом пополам» коротать в одиночестве время от одной рабочей смены своего мужа до другой. Но она не могла себе представить, как перенесет самостоятельную длительную поездку на терапию.

В конце концов, она договорилась с мужем, а потом и с подругой, после чего они дважды в неделю возили ее на терапию. Она наслаждалась совместными поездками, при этом все больше освобождаясь от симптомов, потому что благодаря сопровождающим ее близким людям чувствовала себя более уверенно. Однако в течение всего первого года терапии она не ощущала себя «настолько стабильной», чтобы решиться в одиночку преодолеть такой далекий путь.

Постепенно стало ясно, что за это время г-жа Р. нашла для себя «два места безопасности»: домашнее окружение, где были отношения с мужем, и клиника, где были отношения со мной. С мужем как «надежным водителем» она, сидя рядом с ним на месте пассажира, также могла без каких-либо симптомов переносить длинные поездки на терапию или на пикники, организованные неподалеку от своего местожительства. Если сначала она не могла доехать од-

на до ближайшего супермаркета без ощущений головокружения, то теперь ей это иногда удавалось, хотя и «с сердцебиением»; г-жа Р. внутренне готовилась к такой поездке и представляла себе, что ее муж, я или хорошая подруга сидели на сиденье рядом с водителем, пока она вела машину. В своей фантазии она могла «держаться за человека, сидящего рядом».

Лечение сначала проводилось в положении сидя, а впоследствии и в классической ситуации, лежа на кушетке. При этом на первых сеансах, когда я сидел сзади кушетки, пациентка испытывала ощущения головокружения («как будто пол качается») и учащенное сердцебиение. Только когда я садился рядом с кушеткой, а она в любое время могла подстраховаться и установить со мной визуальный контакт, убеждаясь, что я здесь, эти симптомы отходили на второй план.

Первая стадия лечения целиком была посвящена работе скорби по потере бабушки и матери. Г-жа Р. лишь с трудом смогла вспомнить сцены похорон бабушки, гроб с ее телом, выставленный дома, и скрытность ее родителей. В ходе дальнейшего лечения стало ясно, что, хотя мать пациентки «всегда была дома», в эмоциональном плане она, собственно говоря, отсутствовала. После смерти бабушки мать г-жи Р. брала дочь с собой в супружескую постель, очевидно, чтобы самой получать эмоциональную поддержку от нее. Но это означало, что г-же Р. пришлось отказаться от собственной сепарации и развития автономии. Исследовательская деятельность стала для нее невозможна. Близость к матери состояла в том, что г-жа Р. «постоянно следила за ней».

Еще на этой начальной стадии терапии г-жа Р. сообщила мне, что снова беременна. Это казалось ей «чудесным решением», позволяющим ей справиться со всеми своими страхами, в том числе со страхом быть покинутой. Беременность она переживала очень интенсивно, считала этот период «счастливым временем». И если сначала она еще совершенно не могла представить себе возможности отделения от этого ребенка с окончанием беременности, то в конце концов тема родов заняла большое место в лечении. Г-жа Р. произвела на свет здоровую девочку. После короткого перерыва пациентка продолжила лечение, на время сеансов передавая своего ребенка на попечение отца.

После года терапии, который г-жа Р. сама переживала «как беременность» в ходе своего эмоционального развития, ей впервые удалось проделать долгий путь на машине в одиночку, без сопровождения. В своей фантазии она двигалась «как лодка в открытом море, от одной гавани к другой». Иногда она по дороге останавливалась, потому что это расстояние все еще казалось ей «бесконечно длинным», и она думала, что не сможет больше выдержать физического напряжения. Постепенно и машина стала для нее островком безопасности, поскольку ее муж – перед каждой поездкой заново – проверял машину на предмет ее технической «надежности». Когда она потом садилась в машину, это было для нее «надежное транспортное средство», на которое она могла положиться.

На следующей стадии лечения большое место заняли отношения со свекровью, с которой у г-жи Р. были бурные ссоры. Свои чувства гнева и разочарования, предназначавшиеся матери, она проецировала на свекровь. Теперь пациентка лишь очень нерешительно и осторожно смогла выразить и разочарование в своей матери, которую она всегда так идеализировала. Всплыли воспоминания о том, как мать брала ее, тогда еще маленького ребенка, с собой на полевые работы, посадив в корзину; потом женщина где-то оставляла эту корзину, а девочке приходилось ждать «целую вечность», пока мать снова не вернется. Постепенно отношения со свекровью улучшились, так что г-жа Р. могла теперь «в крайнем случае» подключать ее к уходу за детьми.

Затем в центре лечения оказались отношения с отцом. Пациентке стало ясно, как мало она в детстве понимала отца; теперь она могла совершенно «по-новому» строить отношения с отцом и перестала видеть в нем только человека, который «может скоро умереть».

Во время всей начальной стадии терапии она очень идеализировала отношения со мной. Хотя на окончание сеансов, а также на расставания в связи с отпуском или болезнью г-жа Р. и реагировала усилением симптоматики, она бурно отвергала любые попытки истолковать ей это как выражение ее агрессивных чувств. Лишь в ходе дальнейшего лечения стало возможно говорить также о гневе и разочаровании, которые она испытывала, когда я «не был в ее распоряжении в любое время».

Это открыло возможности для проработки эдипальных компонентов переноса, но в данном описании мы не будем заострять на них внимание.

Почти через 3 года и примерно 250 часов терапии г-жа Р. впервые начала задумываться о прощании. Теперь она снова могла вполне самостоятельно вести домашнее хозяйство, заботиться о своих детях, без особых страхов приезжать на прием, а также лучше переносить периоды одиночества; иногда только бывало, что она немного побаивалась и сердилась, например, когда ее муж позже, чем ожидалось, возвращался домой с ночной смены.

Затем последовала стадия с интенсивными мечтами, в которых проявлялась и давала о себе знать тематика прощания во всех вариантах. В конце концов проработка тематики отделения позволила г-же Р. распрощаться со мной перед Рождеством, именно в тот момент, который она сама выбрала для себя.

Впоследствии она иногда позванивала мне, чтобы убедиться, что меня еще можно застать на прежнем месте.

Почти год спустя раздался тревожный звонок от г-жи Р., которая сообщила, что снова начинает страдать от всех давно известных симптомов. Она и сама уже может понять, что эти новые страхи связаны с тем, что ее младшей дочери предстоит пойти в детский сад. И пусть эта взаимосвязь ей примерно ясна, ей, возможно, все-таки еще раз потребуется моя помощь, чтобы хорошо справиться с этим отделением дочери. Я наблюдал пациентку еще 10 терапевтических сеансов, во время которых основным вопросом для нее было отделение дочери и предстоящее ей посещение детского сада. Г-же Р. и самой была совершенно

ясна пусковая причина ситуации, а я ей был нужен лишь как дополнительная «опора», резерв, чтобы хорошо перенести эту стадию. Поэтому я терапевтически сопровождал ее в течение времени, когда ее дочь начала ходить в детский сад, а г-же Р. пришлось оставлять ее у дверей этого садика. Г-жа Р. приходила на терапию еще и в течение нескольких недель, чтобы «чувствовать себя действительно уверенной в том», «что все будет хорошо». После этого она попрощалась со мной, зная, что впоследствии в подобных трудных ситуациях снова сможет позвонить мне и обратиться за помощью.

Заключительные замечания и катамнез

Лечение этой пациентки показывает, что у г-жи Р. была, видимо, ненадежно-амбивалентная привязанность к матери. Хотя дочь была очень близка к матери, она испытывала также явно агрессивные чувства из-за нереализованных желаний привязанности и неосуществленной сепарации. Она пережила две травматические ситуации: внезапную смерть бабушки и смерть мамы; обе потери еще не были оплаканы, и после смерти матери это вызвало сильнейшую эмоциональную неуверенность, сопровождавшуюся психосоматическими недугами, страхом и паническими атаками, а также симптомами агорафобии. Посредством этих симптомов она добилась, чтобы с ней постоянно кто-то был рядом для ее эмоциональной подстраховки. Стало ясно, что г-жа Р. постоянно нуждалась в надежной привязанности к другим людям, чтобы поддерживать свою эмоциональную стабильность[7].

Клиника, отделение, куда г-жу Р. госпитализировали, представляли собой оплот безопасности и надежности, от которого она после выписки не хотела и не могла отказываться; такое же ощущение безопасности, надежности и уверенности давали и наши с ней отношения. Мне стало понятно, как трудно бывает таким пациентам перейти от стационарного лечения у одного терапевта к амбулаторному лечению у другого, потому что место, где они чувствовали себя в безопасности, и отношения надежной привязанности не могут быть без проблем перенесены на другого терапевта. Именно для таких пациентов с тревожными расстройствами следовало бы запланировать стадию «акклиматизации» у нового терапевта еще во время стационарного лечения, если продолжение лечения у того же самого психотерапевта, который работал с ними в клинике, невозможно.

Пациентка снова обратилась ко мне как к надежной базе, когда столкнулась с необходимостью периодически расставаться с дочерью в связи с предстоящим устройством ребенка в детский сад. Она смогла вполне самостоятельно отрефлексировать эту проблематику; тем не менее, понятно, что я ей еще был нужен для эмоциональной поддержки, чтобы она могла позволить своей дочери пройти через процесс отделения.

В тот момент я целенаправленно работал над прекращением переноса, потому что все еще сильно сомневался в успешности этого лечения, если пациентке все снова и снова приходилось обращаться ко мне.

В последующие годы я иногда получал от этой пациентки на Рождество открытку с поздравлениями и несколькими короткими фразами. Я читал эти открытки со смешанными чувствами, не понимая, как расценить это «послание». Десять лет спустя я узнал, что теперь пациентка снова работает на полную ставку по своей прежней специальности и уже может радоваться сепарации своей дочери, которая вступила в пору полового созревания. Она пояснила, что рождественские открытки имели следующую подоплеку: она закончила терапию в предрождественское время и иногда этот период года напоминал ей о прощании со мной. А открытки были весточкой, сообщением, что у нее все в порядке.

Депрессивная симптоматика

Запутанная привязанность с нарушением способности к сепарации

Первичное знакомство и симптоматика

В стационар 55-летнюю пациентку сопровождает муж. В клинику ее направил домашний врач, потому что она в течение уже нескольких недель испытывала все нарастающую депрессию. Взяв мужа под руку, г-жа С.входит с ним в кабинет, где намечено провести первичное интервью. Пациентка настаивает на том, чтобы муж зашел вместе с ней и рассказал о проявлениях ее острой симптоматики. Г-жа С. неподвижно сидит скорчившись в кресле, подавленная, застывшая, словно окаменелая, без мимики и жестов. Ее муж, откровенно волнуясь, сообщает, что в последние недели и месяцы жена совершенно изменилась. Раньше она была деятельной, предприимчивой и энергичной, заботилась о доме и о детях. Теперь в первой половине дня она часами лежит в постели, больше не может заниматься хозяйством, так что накопилась уже целая гора всяких дел. Она кивает и соглашается с мужем, а по ее лицу текут слезы. Ей слишком тяжело говорить о себе самой и обо всем другом. Из-за этой перемены она очень подавлена и удручена. Раньше ее высоко ценили как хозяйку и мать, поскольку «дом и сад она содержала в полном порядке». Теперь в некоторые дни ей бывает трудно даже одеться, не говоря уже о том, чтобы навести порядок или испечь пирог. Лечение антидепрессантами до сих пор так и не дало заметного результата, а за последние 2 недели все только ухудшилось. В ответ на мои расспросы г-жа С. сообщает, что иногда даже подумывает о самоубийстве. «Так дальше жить нельзя, – продолжает она, – и лучше умереть, потому что невозможно более стыдится самой себя и испытывать чувство вины перед мужем и детьми». По ее словам, тот, кто так опустился, больше не имеет права жить.

Анамнез

Г-жа С. – самая старшая из 4 детей в семье. Ее сестры младше ее на 3 и 8 лет, а брат – на 5 лет. С раннего возраста она уже была опорой матери в ведении домашнего хозяйства и воспитании детей. Все считали ее умелой, целеустрем-

ленной и приветливой. В 19 лет она познакомилась со своим нынешним мужем, за которого вышла замуж в возрасте 21 года, сразу после достижения совершеннолетия, чтобы «наконец вырваться из дома». Ее заветным желанием всегда было иметь большую семью, наподобие своей родительской семьи. Поэтому, выйдя замуж, она родила троих детей: двух дочерей и сына – с интервалом в 2 года. Ее жизнь была полностью заполнена воспитанием детей, строительством дома и садом, а также поддержкой мужа в его профессиональной карьере, и всегда она была чем-то занята. У нее было много работы, но, по сути, это все-таки было самое счастливое время ее жизни. Все дети успешны в профессии и в учебе, ее муж добился высокого профессионального положения и пользуется большим уважением. Но после расставания с детьми, которые пошли учиться в университеты и работать, она очень сильно изменилась.

Развитие нынешней депрессии было вызвано тем, что младший сын в 22 года заявил о своем желании жениться. Для нее это было совершенно непонятно. Ему еще предстоит долго учиться, а прежде, чем заводить семью, нужно сначала получить профессию. День и ночь она ломала голову над этим. Какие бы аргументы она ни приводила, ей никак не удавалось переубедить сына. Она думала над тем, что же она сделала неправильно. Слава богу, ее дочери, усердные и целеустремленные, с тех пор, как она заболела, стали чаще навещать ее дома. Это было необходимо хотя бы уже потому, что ей нужна была помощь по дому и в уходе за большим садом. А раньше она со всем эти справлялась сама.

Соображения относительно динамики привязанности

Вероятно, пациентка очень рано стала играть роль матери для своих сестер и брата, и ей пришлось стать для них надежной базой. Можно предположить, что ее собственные желания и потребности в надежной привязанности не были удовлетворены в достаточной мере. Вместо этого ей пришлось взять на себя ответственность и форсировать переход к самостоятельности и к исследованию окружающего мира. Однако в ее собственном браке повторилось то же самое. Ее собственное, сознательно ускоренное отделение от родительского дома в возрасте 21 года можно понимать прежде всего как формирование реакции. Чтобы больше не нести ответственности за собственных сестер и брата, а также за первичную семью, она рано стала стремиться освободиться от них; она смогла сделать это, только выйдя замуж в 21 год, причем против воли отца. Время, когда она играла роль матери и хозяйки, г-жа С. вспоминает как период, наполненный чувством глубокого удовлетворения и полноты жизни. С детьми ее связывали многообразные прочные отношения. С точки зрения привязанности и исследовательской деятельности, она чувствовала себя нужной и как «надежная гавань», и как помощница в развитии детей, точно так же воспринимая и свои партнерские отношения с супругом.

Депрессивный кризис начинается у нее, когда дети становятся все более самостоятельными, развиваются и покидают первичную семью. Указанная

пациенткой пусковая ситуация – планируемая ранняя женитьба ее младшего сына – символизирует и замещает тот факт, что отделение детей, их развитие и рост самостоятельности стали причиной кризиса г-жи С., потому что она не может «переварить» потерю тесных эмоциональных связей из-за собственной неспособности к сепарации и расставанию. В свою очередь, из-за депрессивного заболевания интенсифицировались привязанности между нею и дочерьми. Но и ее муж, пренебрегая своими служебными обязанностями, часто остается дома. Он привозит ее в клинику, часто навещает там. Происходит общая интенсификация отношений привязанности. Теперь г-жа С. чувствует, что, поместив ее в клинику, от нее отделались и что ее больше не любят; она упрекает членов своей семьи, потому что помещение в стационар означает для нее расставание, которое ее пугает и которое она еще не в состоянии эмоционально проработать. А помещают ее в стационар прежде всего из-за растущей опасности суицида, которая, в свою очередь, привела к новому усилению привязанности. Таким образом, помещение в стационар приводит, с одной стороны, к неосознанной интенсификации привязанности и контакта, хотя г-жа С. и чувствует себя в основном «одинокой и покинутой», но, с другой стороны, лечение в клинике дает ей возможность частично отделиться от первичной семьи и потому отвечает желаниям пациентки, направленным на сепарацию и индивидуацию.

Ход терапии

По-видимому, г-жа С. была, скорее, эндогенно-депрессивной пациенткой. Она никак не могла понять и осознать, почему она впала в такую депрессию. Для стороннего наблюдателя ситуация, когда сын объявляет о своей женитьбе, является отчетливым пусковым стимулом. Однако сама пациентка не могла принять спровоцированного этим событием внутреннего конфликта и не понимала, почему предстоящее расставание вызвало такую сильную депрессию. Поэтому сначала она в беседах со мной не допускала рассуждений, центрированных на конфликте. Ей было очень плохо, но она не знала почему. Для нее депрессия была как гром среди ясного неба, и она лишь надеялась, что это тяжелое заболевание скоро отступит. Г-жа С. рассматривала его как «удар судьбы», который нужно перетерпеть, пока все не пройдет.

Исходя из соображений относительно динамики привязанности, к г-же С. прикрепили отдельную медсестру. Она отвечала за пациентку как первичное значимое лицо. Все контакты привязанности, их продолжительность, частота и периодичность, а также разрешения на выходы из клиники, сначала в сопровождении этой медсестры, обговаривались на консилиуме с терапевтом. Сначала эти контакты были с интервалом в 30 минут, но длились не более 5 минут.

Так как суицидальная устремленность пациентки после госпитализации оказалась гораздо конкретнее и тем самым серьезнее, чем можно было предположить при приеме на лечение, она в течение первых дней каждые полчаса отмечалась у прикрепленной к ней медсестры, а когда у этой медсестры (как ре-

ферентного лица) не было дежурства, то у ее заместительницы. Каждый раз, когда прикрепленная медсестра выходила из отделения, она сдавала пост другой. Это показывает, что особое внимание обращалось на интенсивную стабильность и постоянство отношений. Таким образом, г-жа С. на собственном опыте убедилась, что она всегда может обратиться к специально закрепленному за ней медработнику. Если пациентка пропускала момент, когда ей надо было отметиться, эта медсестра, значимый для нее человек, заходила к ней, смотрела, все ли у нее в порядке, и со своей стороны восстанавливала отношения между ними. Таким образом, происходил очень интенсивный – в смысле динамики привязанности – процесс. Спустя 2 недели постепенно изменилась тяжесть депрессии, причем без изменения антидепрессивного лечения, которое при приеме в клинику посчитали достаточным. И супруг г-жи С., и дети также подключались к контактам и отношениям привязанности. Г-жа С. могла регулярно созваниваться со своими родными и гулять с ними. В то же время из-за повышенной опасности суицида пациентку пока еще нельзя было отпускать на выходные дни домой. Она не знала, получит ли в собственной семье столько же надежности и стабильности, сколько давали ей установившиеся в отделении отношения поддержки и привязанности.

В индивидуальных беседах речь шла преимущественно о симптоматике г-жи С.

Я пытался принять ее жалобную, упрекающую позицию по отношению к детям и мужу (она чувствовала себя покинутой ими, потому что они, по ее ощущению, слишком редко приходили навещать ее). На попытки заговорить о ее потребностях в привязанности она вначале реагировала просто пожатием плеч. Она регулярно приходила на индивидуальные беседы, которые сначала проходили 3 раза в неделю. Для нее этого было слишком мало, в конце сеансов ей было трудно расстаться, и, уже стоя на пороге, она снова начинала жаловаться на свои нарушения сна и апатию.

Через 2 недели она, дополнительно к индивидуальной терапии, стала принимать участие в групповом психотерапевтическом лечении, состоявшем из комбинации двигательной терапии и вербальной проработки пережитого в этой терапии. Группа давала ей шанс идентифицироваться с другими пациентами, а в смысле привязанности оторваться как от обстановки больничного отделения, так и от меня. Довольно быстро г-жа С. почувствовала, что ее принимают в группе, в которой были также женщины ее возраста с аналогичной депрессивной симптоматикой. В связи с тем что группа состояла не только из пожилых, но и из молодых пациентов и пациенток, которые находились скорее на стадии постподростковой сепарации, тема *расставания и сепарации* затрагивалась там все чаще. Благодаря этому г-жа С., в симптоматике которой к этому времени постепенно наметилось улучшение, и в индивидуальной беседе смогла поднять вопрос *расставания*. Молодые люди в группе напоминали ей ее собственных детей, которые «становятся взрослыми и покидают дом».

В ходе лечения она смогла осознать, как сильно она удовлетворяла в своей семье свои собственные ранние потребности в привязанности, создав сеть тесной привязанности со своими детьми. Другие, внесемейные отношения для нее были не столь важны, потому что ее потребности в привязанности полностью удовлетворялись за счет эмоциональной близости к детям и к мужу. Она дала понять, что без детей и домашнего хозяйства не знает, чем заняться, потому что автономия, исследовательская деятельность и самостоятельная жизнь пока были ей чужды.

Благодаря проводимым в клинике терапевтическим мероприятиям по привлечению больных к разного рода занятиям, она познакомилась с новыми видами творчества. Она начала рисовать, с особой страстью занималась росписью по шелку. Впервые в своей жизни она нашла время для собственных интересов и хобби, которых у нее за все время семейной жизни так и не появилось. К этому времени пребывание дома в выходные дни проходило настолько удовлетворительно, что она – даже и без детей – в «новой супружеской общности» вместе с мужем научилась заново открывать и строить отношения. Пешие или велосипедные прогулки в выходные дни стали со временем приносить ей большое удовлетворение, так что она смогла себе представить, что ее совместная жизнь с мужем «и в старости будет наполнена смыслом».

Тем временем отношения сына с подругой, на которой он первоначально хотел жениться, расстроились. В связи с этим г-жа С. почувствовала большое облегчение, хотя теперь она и сознавала, что объявление ее сына о женитьбе было лишь частью ее истинной проблемы. Похоже, что теперь и дети, ободренные проработкой матерью проблем расставания и сепарации, могли развиваться в направлении большей автономии.

Заключительные замечания и катамнез

За время терапии у г-жи С. сложились очень хорошие отношения с одной из пациенток, которые она продолжала поддерживать и после выписки из больницы. Лечение было продолжено с бóльшими перерывами в амбулаторных условиях, при этом выбор частоты сеансов был предоставлен самой пациентке. Примерно раз в 2–4 недели она пользовалась возможностью беседы в амбулаторных условиях. При этом речь шла главным образом о ее вновь приобретенной автономии, о новых интересах и хобби, которыми она могла заниматься в свое удовольствие, потому что ей больше не нужно было подстраиваться под потребности семьи и детей.

Когда г-жу С. госпитализировали, она переживала тяжелый депрессивный кризис, похожий на эндогенную депрессию с суицидальностью. Вначале проработка с учетом динамики конфликта была невозможна, потому что это было недоступно пациентке. Стационарный сеттинг и продуманное назначение «очень плотной опеки» были направлены на удовлетворение существовавшей у г-жи С. потребности в надежной привязанности. На этой развивающейся основе у пациентки появилась возможность проработать процесс сепарации

и найти новые пути автономии. Дальнейшее амбулаторное лечение показало, что г-жа С. приобрела самостоятельность и стала менее зависимой от эмоционального присутствия мужа и детей. Лечение одними только антидепрессантами не учитывало бы в достаточной мере потребностей пациентки в привязанности и не могло бы удовлетворить их.

Опасение, что обстановка в клинике может вызвать у пациентки углубление депрессии из-за регрессивных процессов, оказалось необоснованным, поскольку контакт привязанности предлагался очень продуманно и структурировано. Благодаря структурированию контакта привязанности к первичному значимому лицу из ухаживающего за пациенткой медперсонала, с четко установленными моментами начала и конца этого контакта путем «передачи дежурства», у г-жи С. стабилизировались также функции Я.

На фоне все большей стабилизации надежной базы привязанности во время стационарного лечения она смогла решиться оплакать расставание со своей семьей и отделение от нее (имеется в виду как первичная семья пациентки, так и ее нынешняя семья), а также найти новые пути исследования мира и индивидуации.

Нарциссическая симптоматика

В теоретической части уже указывалось на взаимосвязь между развитием самооценки и привязанности. Можно предположить, что развитие надежной привязанности на фоне чуткого поведения матери при уходе за ребенком является важным условием для формирования стабильного чувства собственной значимости.

Первичное знакомство и симптоматика

На первичную беседу приходит ухоженный, элегантно одетый мужчина среднего возраста, в костюме и при галстуке. На прием он записался по телефону, жаловался на проблемы на работе и на то, что ему стало трудно сосредоточиться. Моложаво-динамичная манера держаться делает его седые виски не столь заметными. С самого начала первой встречи г-н Ц. доминирует в разговоре, задавая точные вопросы. В контрпереносе я чувствую себя как школьник на экзамене; мне приходится «держать ответ». У меня создается впечатление, что г-н Ц. боится, как бы я со своей стороны не стал проявлять активность, не задал ему вопрос или что между нами могло бы начаться что-то похожее на отношения. Г-н Ц. пришел ко мне потому, что хотел получить конкретные рекомендации, а лучше – некую программу действий, чтобы он снова научился «справляться» со своими трудностями и восстановил способность сосредотачиваться. Он немного сбит с толку, когда я заявляю ему, что не могу предоставить ему никаких программ обучения и что я не специалист по расстройствам внимания. В конце концов он все-таки нерешительно и отрывочно сообщает: началось все шесть месяцев назад, когда его жена внезапно съехала с квартиры.

Анамнез

Г-н Ц. – старший из трех сыновей. Один брат младше его на год, другой – на четыре года. Он всегда был «большим», успешным, родители очень ценили его за достижения, способность добиваться своего и активную деятельность в разных областях. Г-н Ц. рассказывает, что он очень рано стал помогать отцу на его предприятии, об отце он говорит с восхищением и идеализацией. С братьями у него всю жизнь были отношения соперничества, но он всегда решал все в свою пользу. Он сообщил, что как первенец и «кронпринц» семьи получал содействие и поддержку во всем. В детском саду его любили. В школе он из-за своих хороших достижений был любимцем учителей, с блеском выполнял классные работы, а затем с отличием окончил университет. После нескольких коротких романов он еще в студенческие годы познакомился со своей нынешней женой, на которой очень быстро женился. Он считает ее привлекательной, и, по его представлениям, эта женщина была как будто создана для роли матери его детей. Родилось двое детей, дочь и сын, с которыми у г-на Ц., по его мнению, похоже нет особо интенсивных отношений. Пока дети были маленькими, он был очень занят и проводил дома лишь несколько часов в неделю. Домашнее хозяйство и воспитание детей были полностью в «компетенции» его жены. Его дети также успешны и только что с отличием окончили вузы. Судя по тому, как он это сообщает, г-н Ц. очень гордится своими детьми. На мой вопрос об отношении к жене он пожимает плечами; по его словам, «все всегда было хорошо отлажено», поэтому он не понимает, почему его жена шесть месяцев назад вдруг собрала чемоданы и уехала. Она сказала, что теперь, наконец, хочет вести свою собственную жизнь, «быть свободной и самостоятельной», наслаждаться жизнью. При этом у нее ни в чем не было недостатка: материальных проблем, собственно говоря, никогда не было. У него нет проблем с отношениями, он хорошо ладит со всеми людьми, в деловой жизни его ценят как дипломатичного партнера по переговорам, женщины его любят, многие завидуют его успеху. В общем и целом у него до сих пор, по его словам, не было проблем. Однако его бессонница и трудности с концентрацией внимания в последние недели так усилились, что теперь ему нужна помощь. Когда я спросил его о друзьях и прочих важных людях в его жизни, г-н Ц. сказал, что у него много друзей в бизнесе, в спорте, что он общительный человек. При этом у меня не было ощущения, что в его жизни действительно был какой-то человек, с которым у него сложились настоящие эмоциональные отношения.

Соображения относительно динамики привязанности

Я предполагаю, что в детстве у г-на Ц. была скорее избегающая привязанность к матери и отцу. Очевидно, в семье достижения и успех считались самыми главными критериями, и только через них определялись привязанность и отношения. Г-н Ц., обладая хорошими способностями, явно мог соответствовать этому идеалу своих родителей. И наоборот, он идеализировал своих родите-

лей, особенно отца, который был очень успешен; родители с их ориентацией на достижения служили ему примером. Можно представить его внутреннюю рабочую модель: благодаря достижениям и успеху завязываются и поддерживаются отношения, но истинных эмоциональных отношений привязанности, в которых г-н Ц. мог чувствовать себя «как дома», в его опыте до сих пор не было. Отношения со своими детьми и женой он также описал как функциональные, хорошо организованные, но без эмоционального участия и ощутимых отношений привязанности. Меня тоже он пытается держать на расстоянии, контролировать и так организовывать наши отношения, чтобы я служил ему советчиком по некоей программе обучения.

Очевидно, что это типичный паттерн избегающей, функционально ориентированной привязанности, который г-н Ц. успешно практикует в своем деловом мире, но который не дает ему эмоциональной близости в психотерапевтических отношениях, а также в отношениях с членами его семьи. Учитывая это, я понимаю, что жена расстается с ним после того, как задачи по воспитанию детей и получению ими дипломов о высшем образовании выполнены. Однако семья и отношения с женой, пусть даже избегающие, по-видимому, все-таки дают ему определенную надежность, безопасность, уверенность и ориентацию. Из-за расставания с женой он сначала испытывает сильную обиду; в эмоциональном плане он также настолько выбит из колеи, что реагирует психосоматическими симптомами: нарушениями сна и расстройствами концентрации внимания, которые можно понять как эквивалент депрессии. Пусть даже в его отношениях с женой и была большая дистанция, что соответствовало его паттерну избегающей привязанности, но ее уход для него – это все-таки потеря, которая указывает на его подлинные желания и потребности в привязанности.

С точки зрения психологии самости, можно сказать, что у г-на Ц. тяжелое нарциссическое расстройство, которое ему до сих пор удавалось компенсировать и уравновешивать благодаря достижению хороших результатов и профессиональных успехов, а также семейным договоренностям и организации жизни семьи. С дефицитами в развитии своей самоценности и с обидами г-н Ц. до сих пор не сталкивался, потому что в его жизни до сих пор были «только успехи». На их фоне он мог успешно сохранять и поддерживать существовавшие с детства и подпитываемые родителями фантазии о собственном величии. Теперь, сбитый с толку нарушениями сна и расстройствами концентрации внимания, он опасается, что прежняя полоса профессиональных успехов может прерваться. Вполне обоснованно он ощущает неуверенность и испытывает тревогу в связи с тем, что его прежнее нарциссическое здание вот-вот рухнет.

Ход терапии

Я был настроен скептически относительно того, нужно ли мне вообще предлагать г-ну Ц. глубинно-психологическое лечение, ориентированное на динамику привязанности, потому что в ходе первичной беседы стало ясно, на-

сколько он до сих пор избегал привязанности и организовывал свою жизнь, нарциссически ориентируясь только на успех. Он искал рецепт лечения, программу, чтобы лучше справляться со своими нарушениями сна и расстройствами концентрации внимания. Может быть, лучше было бы реализовать это с помощью тренинга по поведенческой терапии, не слишком открывая ему его страхи, связанные с привязанностью? Но, с другой стороны, ведь в конечном итоге именно из-за расставания с женой он оказался в депрессивном кризисе, был обижен, испытывал неуверенность в отношениях, потому что жена перестала быть надежной гаванью для его потребности в привязанности, пусть дистанцированной, но все-таки реальной.

С учетом этого аспекта динамики привязанности, затрагивающего неосознанные и скрытые желания привязанности г-на Ц., я решился на попытку лечения, хорошо сознавая, что на фоне такой избегающей привязанности трудно создать баланс между предложением привязанности и не слишком большой близостью в привязанности. Нам потребовалось много времени, чтобы в плотном графике г-на Ц. найти «окошко» для новой встречи. Хотя он действительно был перегружен, здесь дополнительно проявился его страх перед привязанностью, так что я, собрав в кулак все свое терпение, пытался вместе с ним определить время для следующей консультации, которую удалось провести лишь через 4 недели после первичной беседы. Такой большой промежуток между первой и второй встречами совсем не беспокоил г-на Ц.; видимо, именно такая дистанция давала ему необходимую безопасность, не представляя для него слишком большой угрозы в смысле динамики привязанности. И в дальнейшем ходе лечения рабочий график г-на Ц. (то есть его ориентация на избегание в динамике отношений) также определял степень близости, а тем самым и частоту лечебных сеансов.

В начальный период лечения мы в течение многих часов говорили о его нарушениях сна и расстройствах концентрации внимания, его профессиональных установках и успехах, которых он добивался, несмотря ни на что. Он хотел, чтобы им восхищались и чтобы я, полностью следуя его родительскому паттерну отношений, видел в нем успешного пациента в терапии. И вообще он старался даже в своей симптоматике «достигать успехов», может быть даже хотел стать моим самым успешным пациентом. Только так, как он считал, можно оказаться объектом внимания, любви и чувствовать себя комфортно в привязанности. В это время я не давал никаких толкований скрытых причин его динамики привязанности. Я решил изучать тот способ, который г-н Ц. использует для сближения с людьми и завязывания отношений с ними, потому что он находился в знакомом ему паттерне привязанности, позволившем ему вступать в контакт со мной и продолжать вести беседы, не испытывая при этом желания убежать прочь из страха перед близостью привязанности. Более близкий сеттинг наверняка настолько усилил бы его страхи перед привязанностью из-за избегающей позиции, что ему либо пришлось бы как-то действовать, либо, чего доброго, прервать лечение.

Снова встретившись с женой для проведения переговоров относительно развода, г-н Ц. пришел на следующий терапевтический сеанс сильно взволнованным. Жена, по его словам, была такой холодной и дистанцированной, хотела говорить с ним только о материальных проблемах. Он же, напротив, чувствовал, что все еще любит ее, и хотел бы вечером куда-нибудь пойти с ней, на что она ответила твердым отказом. Этот новый отказ и отвержение, а также ее холодность воспринимались им как «жестокость и бесчувственность». Он не понимал причины такой перемены. Вот какова благодарность за его верность и многолетние материальные «вливания»; в конце концов, он создал ей и семье состояние, обеспечив соответствующую надежность. По его словам, он опасается, что жена теперь хочет, чтобы он понес большие потери, чтобы был обескровлен. Она упрекает его в том, что всю жизнь его волновало только материальное благополучие, а сама она его никогда по-настоящему не интересовала. Это потрясло его до глубины души, ведь, в конце концов, все эти годы он был «верным и заботливым». Но, возможно, он не мог дать ей той близости и защищенности, которые она, собственно говоря, надеялась получить в этих отношениях. И дети, очевидно, тоже на ее стороне, что глубоко потрясло его и представляет для него дополнительную угрозу. Он был вынужден констатировать, что находится почти в полной изоляции и очень одинок. Тут впервые появилась возможность поговорить о его потребности в отношениях, его тоске по близости, надежному убежищу, чувству защищенности и безопасности; в этот час сильнейшей взволнованности он вообще впервые смог выслушать мои соображения на этот счет. Эта тема затрагивалась очень осторожно и дозировано, чтобы не вызвать усиления депрессивного кризиса г-на Ц., угроза чего появилась в тот момент, когда он впервые осознал все свои чувства одиночества и желания привязанности. Кроме того, он не мог позволить себе «потерять работоспособность». Но я уловил, что для г-на Ц. большим облегчением, очевидно, была вообще сама возможность поговорить с кем-нибудь об этих переживаниях и чувствах. С этого момента наши терапевтические отношения стали более интенсивными, хотя частота сеансов по-прежнему менялась. Однако теперь уже г-н Ц. находил в своем переполненном запланированными встречами ежедневнике время и для терапии; для меня появилось место и время в его жизни. Это означало, что он стал придавать большое значение терапевтическим отношениям и выделил для них пространство в своей жизни, которая прежде была организована лишь по функциональному принципу.

Лечение растянулось в общей сложности на три года. В течение этого времени я сопровождал г-на Ц. в его работе скорби по утрате и расставанию, а также в переживаниях в связи с разводом с женой. Во время этой работы скорби г-н Ц. в отношениях со мной стал все больше осознавать свои собственные потребности в надежном убежище, в безопасности и чувстве защищенности, а также желание найти все это. Он болезненно переживал чувства горя, пе-

чали, скорби и гнева, которые довели его почти до изнеможения. Из-за своего эмоционального потрясения он опасался, что станет безработным, потеряет профессию, окажется неудачником, отвергнутым, останется «у разбитого корыта» как в семейном, так и в профессиональном плане. Этот сильный страх удавалось останавливать и сдерживать только благодаря формирующейся в терапевтических отношениях надежной привязанности; без этих отношений он никогда бы не пошел на то, чтобы раскрыть свои истинные желания и потребности. В последний год лечения очень сильную боль причинял ему опыт постижения и все большего осознания того, что его истинные потребности как ребенка не были удовлетворены его родителями. Он почувствовал, что родители использовали его в своих целях, насильно заставляли быть «носителем достижений» семьи; его восхваляли как «кронпринца», но при этом игнорировали его истинные детские потребности. С ужасом он вынужден был констатировать, что и своих детей он воспитал по принципу «достижение и успех – самое важное в жизни». Теперь ему с болью пришлось признать, что успех в стремлении к большим достижениям на самом деле держится на надежной основе динамики привязанности, которой он сам не испытал на опыте.

После нескольких попыток «компенсировать» потерю жены короткими знакомствами и романами, ему удалось к концу терапии вступить в новые партнерские отношения, от которых он ожидал получить больше близости и эмоциональности, чем было ранее в его жизни.

Заключительные замечания и катамнез

С помощью терапии удалось добиться, чтобы г-н Ц., испытывавший неуверенность из-за расставания с женой, смог проработать острый депрессивный нарциссический кризис, а затем, опираясь на развивающуюся в терапии надежную привязанность, узнал о своих ранних желаниях и дефицитах, прожил их и интегрировал как составную часть в свою новую эмоциональную уверенность и надежность. Это придало ему уверенности в том, что он сможет начать новые партнерские отношения с женщиной, построенные на эмоционально надежной почве. Хотя с терапевтической точки зрения и было важно признать его желание близости, мне с самого начала приходилось считаться с его избегающим и нарциссически ориентированным интеракционным паттерном. Поэтому я не слишком форсировал установление привязанности и отношений, чтобы тем самым не спровоцировать прекращение терапии. Такая терапевтическая тактика подвела г-на Ц. к снятию ограничений близость в привязанности и оживила его неосознанные, не удовлетворенные в детстве желания и потребности.

Такая схема лечения очень напоминает подход, реализуемый в психологии самости Кохута. Имеется пересечение между требуемой Кохутом эмпатийной терапевтической позицией и терапевтической техникой, основанной на привязанности.

Пограничная симптоматика

Первичное знакомство и симптоматика

Г-жу Н. (21 год) по телефону записывает на прием ее мать, она хочет обсудить возможность проведения терапии в амбулаторных условиях. Она совсем не уверена, придет ли дочь вообще на лечение или на первичную беседу, ведь она в конце концов уже совершеннолетняя и ее больше ни к чему нельзя принудить. Уже по телефону мне приходится выслушать длинный монолог матери, которая находится в очень трудной ситуации. Я не вполне понимаю, кому здесь, собственно говоря, нужна разгрузка и помощь. В конце концов дочь приходит в сопровождении матери на первичную беседу. Мать явно сбита с толку, поскольку сначала я хочу поговорить с одной только дочерью. При приветствии она вскакивает и хочет зайти в лечебный кабинет вместе с дочерью. Когда я добиваюсь того, чтобы дочь и мать расстались, мать остается в коридоре явно обозленная. Дочь же, напротив, интерпретирует это явно как знак уважения и, вопреки ожиданиям матери, с готовностью садится, чтобы провести первую беседу. Ее взгляд кажется мне критичным, скептическим, а также ожидающим и требовательным. Я чувствую, что она будет проверять меня в ходе первичной беседы.

Г-жа Н. одета по молодежной моде, ярко накрашена, а сильный аромат духов наполняет все помещение. Даже много часов спустя запах ее духов в моем лечебном кабинете напоминает мне о ней. Г-жа Н. молчит, предполагается, что я должен задавать ей вопросы. Я не знаю, что она хочет мне рассказать и какие вопросы хочет от меня услышать. Завязывается диалог о том, хочет ли она молчать или говорить, или же она позволит мне угадать ее желание. Еще без какой-либо информации о симптоматике мы уже через несколько минут первичной беседы оказались втянутыми в некое хитросплетение отношений. У меня появляется чувство, что нет никакой возможности убежать, что никак не избежать этой запутывающей динамики привязанности. «Ажитирование» г-жи Н. я рассматриваю с точки зрения динамики привязанности как попытку каким-то образом вступить в контакт со мной на фоне боязни быть захваченной, поглощенной мною.

В конце приема мы довольно долго выясняем, хочет ли г-жа Н. вообще снова прийти на прием. Для нее важно, чтобы я говорил только с ней, а не с ее матерью. Мы договариваемся о новой встрече, причем г-жа Н. оставляет открытым вопрос, придет ли она снова.

В конце консультации мать хочет срочно поговорить со мной наедине, на что я отвечаю вежливым отказом, сославшись на то, что ее дочь совершеннолетняя и что это помещение для терапии предназначено для нее. Я указываю матери г-жи Н. на возможность поискать и для себя самой терапевтическую помощь. Это явно разозлило ее. Позднее в этот же день она звонит мне и пытается изложить мне по телефону часть анамнеза. Я снова отвергаю эту попытку, ссылаясь на то, что в терапии участвует ее дочь, и на возможность

начать терапию ей самой. Такое поведение матери, переходящее все границы, важно для диагностики, поскольку оно показывает, как мать в конкуренции с дочерью хочет захватить терапевтическое помещение, а также заполнить отношения привязанности ко мне.

Г-жа Н. является на нашу вторую беседу с опозданием на 20 минут. Она по-прежнему проявляет амбивалентность в вопросе, стоит ли ей приходить еще, ничего не ждет от терапии, подумывает о том, что может быть ей лучше обратиться к терапевту-женщине. Я становлюсь свидетелем того, как она, с одной стороны, борется за отношения со мной, добивается их, а с другой стороны, прямо-таки тут же, как говорится, не переводя дыхания, демонстрирует свое отвержение и отказ. Через день г-жа Н. звонит мне и говорит, что ей нужно срочно прийти на прием, иначе произойдет что-то ужасное. Я ясно чувствую ее страх и, вопреки обычным принципам терапии, предполагающим четкость и структуру сеттинга, назначаю ей время консультации. На этот раз г-жа Н. сидит в приемной уже за 15 минут до назначенного времени, испытывая сильнейшее внутреннее напряжение. Она рассказывает, что у нее произошла бурная стычка с матерью; мать против ее лечения у меня, потому что я отказался поговорить с ней. Однако пациентка все-таки хочет ходить ко мне на терапию, но с условием, чтобы я не лечил ее мать.

В ходе дальнейшей беседы я узнаю, что г-жа Н. уже в течение многих лет сильно конфликтует со своими родителями, особенно с матерью. Все это время происходили бурные объяснения и горячие споры, иногда даже стычки с рукоприкладством. После таких столкновений г-жа Н. часто чувствовала себя подавленной, удрученной, как будто мать «катком по ней проехалась». Она так часто была переполнена яростью, что уже даже и не знала, что делать, в чем выход. Она уже в общей сложности 4 раза пыталась разными способами покончить с собой, перерезала запястья, принимала таблетки, убегала, напивалась и в пьяном виде заваливалась спать в лесу. Иногда у нее бывают фантазии о том, что она могла бы убить себя или свою мать.

Анамнез

Г-жа Н. – единственный ребенок своих родителей. Ее зачатие, по ее выражению, было «несчастным случаем». Мать забеременела ею очень рано (в 17 лет) и против воли своих родителей вышла замуж за ее отца. Отец, которого г-жа Н. описывает как очень авторитарного, потому что он «не дает ей никакой свободы», – резкая противоположность ее матери. Мать все время колеблется: с одной стороны, она тайно балует и поддерживает дочь, с другой, подчиняется решению и мнению отца. Однако, по словам г-жи Н., мать и дочь часто объединяются против отца и вместе настаивают на своем, протестуя против его указаний. Но когда потом отец обнаруживает их «проступки», мать больше ее не поддерживает, наносит ей удар в спину и позволяет отцу обрушить весь гнев на дочь. Она воспринимает это как «предательство». В таких ситуациях ей больше всего хочется убежать и покончить жизнь самоубийством. Кроме

того, она постоянно испытывает «стресс» из-за школы. Г-жа Н. – посредственная, скорее даже плохая ученица, и неясно, сможет ли она вообще окончить школу и получить аттестат. Мать, по словам г-жи Н., всю жизнь о ней заботилась. Но при этом она все время упрекала дочь за то, что та самим своим существованием и своим рождением «испортила» ее дальнейшую жизнь. Было трудно вообще реконструировать анамнез из описаний г-жи Н., потому что они были представлены очень отрывочно. Моей задачей было собрать из отдельных частей пазла картинку ее истории.

Соображения относительно динамики привязанности

Г-жа Н. была зачата случайно и рождена только потому, что мать не хотела делать аборт. Наверняка у матери с самого начала были сильные амбивалентные чувства по отношению к ней. Девочка была для матери поводом освободиться от отношений с собственными родителями и выйти замуж за отца пациентки. Хотя г-жа Н., очевидно, была для матери эмоциональной поддержкой, но при этом девушка снова и снова сталкивалась с тем, что мать «наносит ей удар в спину», «уступая» авторитарным требованиям отца. Пациентка чувствовала, что мать предает ее, оставляет одну, и было неясно, могла ли она на самом деле рассчитывать на установление с матерью эмоционально надежных отношений. Многочисленные события и переживания снова и снова показывали, что ожидать этого не приходится, особенно когда со стороны отца оказывалось серьезное давление. Сильная эмоциональная привязанность к матери, с одной стороны, и вместе с тем «чувство, что мать ее предала», с другой, привели к такому паттерну привязанности, который явно напоминал конфликт, коллизию, столкновение интересов и содержал также элементы дезорганизованного социального взаимодействия. В том, как она построила первый контакт со мной, г-жа Н. показала, что она была очень амбивалентной в отношениях. Она искала близости, но одновременно была очень смущена и не уверена, не обману ли я ее и не выдам ли матери. И только четкое отделение матери и дочери, которого я добился на первой встрече, позволило г-же Н. решиться на терапевтические отношения. При этом она испытывала сильные нагрузки в связи с ажитированием матери, которая, со своей стороны, оскорбленная отказом терапевта, пыталась бойкотировать лечение. Не подлежит сомнению, что и мать со своим расстройством вполне могла бы сама воспользоваться индивидуальной терапией. Правда, так и осталось неизвестным, последовала ли она данному ей по телефону совету. У пациентки до сих пор были очень запутанные отношения привязанности к матери и к отцу. Сепарации так и не произошло, и здоровое исследовательское поведение также отсутствовало. Г-жа Н. пыталась контролировать свои бурные агрессивные чувства в связи с пережитыми разочарованиями и страданиями; она боролась с переходящим все границы поведением матери и ограничивающей, сдерживающей ее исследовательскую деятельность, авторитарной позицией отца. Ей все время казалось, что это возможно только через побег, аутоагрес-

сию или деструктивные фантазии по отношению к матери. Сложившийся стиль отношений с матерью с запутанным паттерном привязанности проявился и в общении со мной, причем довольно быстро, начиная с самой первой встречи, так что впоследствии необходимо было очень четко структурировать обращение с пациенткой, чтобы посредством одних только внешних рамок создать у нее ощущение безопасности и надежности. Но при этом необходимо было учитывать и ажитированное поведение пациентки, которое, например, она проявила, позвонив мне по телефону, как в «скорую помощь», и подавая сигнал бедствия, что было выражением ее нарушения привязанности. Я опасался, что она могла бы прервать лечение, не найдя в кризисных ситуациях человека, к которому испытывала бы привязанность.

С классических психодинамических позиций, здесь проявляются все ранние формы защиты, например расщепление. Г-жа Н. расщепляет свою мать на явно заботливую и даже сверхзаботливую (добрую, хорошую) и на злую мать, которая предает ее и выдает отцу. С точки зрения теории объектных отношений, г-жа Н. еще не достигла константности объекта и константности самости.

Ход терапии

Сначала терапия характеризовалась тем, что г-жа Н. снова и снова ставила под вопрос организацию сеттинга и структуру лечения, приходила на сеансы то слишком рано, то слишком поздно, забывала о назначенном времени приема или по телефону требовала «срочно» принять ее. Особую трудность состояла в том, чтобы поддерживать требуемое постоянство отношений и лечения, реагируя при этом настолько гибко, чтобы удовлетворить потребности г-жи Н. в привязанности и чтобы лечение не было прервано. «Действия» г-жи Н. рассматривались не только как сопротивление. Если оценивать их с точки зрения динамики привязанности, то это было выражением ее сложившихся запутанных отношений привязанности к матери, которые она повторяла в терапевтических отношениях. Только примерно через год г-жа Н. приобрела в терапии такую надежную привязанность, что лечение вошло «в более спокойный фарватер». Содержание лечения было полностью сосредоточено на высвобождении из запутанных отношений с матерью и на отграничении от отца. Причем было очень сложно не попасть надолго в ту констелляцию переноса, которая была у родителей, а именно не допускать чередования сверхзаботы и отвержения и в то же время не создавать авторитарных структур сеттинга, которые отбивают готовность к гибкой реакции.

Лишь на второй год лечения появилась возможность говорить с г-жой Н. о ее ссорах с родителями. Теперь пациентка могла более дифференцированно смотреть на эти чередующиеся и неустойчивые социальные взаимодействия с матерью. При этом она сама смогла занять более четкую и лучше структурированную позицию по отношению к матери. Она также осмелилась четче отграничиться от отца и больше не подчиняться его авторитарным требованиям. Если раньше у г-жи Н. были постоянно меняющиеся «хаотичные отно-

шения» в кругу сверстников, то теперь она смогла занять «постоянное место в группе», где ее приняли и оценили. Теперь ей уже не нужно было своими действиями постоянно выбрасывать себя из группы, пока ее не выгоняли другие. Если в первый год лечения г-жа Н. «расщепляла» терапевта на того, кто давал надежность в привязанности, и того, который был отвергающим и отказывающим, то со временем она вполне смогла убедиться, что, например, окончание сеансов в установленное время и соблюдение правил вовсе не были выражением «злобы и произвола», а служили упорядочиванию отношений и делали их более «предсказуемыми». Такой предсказуемости г-же Н. не хватало в детстве в отношениях с матерью. Тогда она была беззащитна перед произвольной сменой позиций привязанности ее матери.

Такие пограничные ситуации, как выходные дни и отпуска терапевта, вначале были причинами, по которым г-жа Н. воспринимала терапевта как ненадежного, не интересующегося ею и в конечном итоге отвергающего. У нее складывалось убеждение, что она должна поступать так, как ожидает от нее терапевт, и приходить на прием тогда, когда у него для нее было время. При этом предоставлявшиеся ей в срочном порядке консультации, которые хотя и проходили в структурированном сеттинге терапевтического кабинета, но вне согласованного времени сеансов, были для нее «доказательством», что на терапевта «все-таки можно положиться». Раньше я бы и сам рассматривал эту уступку с классических терапевтических позиций как «соучастие в ажитировании», однако с точки зрения теории привязанности я понимаю ее, напротив, как полезное для привязанности предложение, которое выражает специфическую надежду на присутствие и постоянство фигуры, по отношению к которой она испытывает привязанность и соответствующие желания.

К концу лечения г-жа Н. приобрела столько уверенности в привязанности, что смогла на этом фоне построить стабильные партнерские отношения с мужчиной. Она уже перестала считать терапию «такой значимой». Теперь она хотела использовать освобождающееся время для установившихся партнерских отношений и для совместного пребывания со своей компанией.

Заключительные замечания и катамнез

В начале лечения г-жа Н. инсценировала в переносе свои запутанные отношения привязанности к матери. Аутоагрессивные действия и попытки суицида как форма ажитирования указывают на то, что г-же Н. в прошлом также приходилось бороться с архаическим гневом и переживаниями дезорганизации. Благодаря надежности, безопасности и стабильности достигнутых в терапии отношений, ей удалось обрести собственную надежную привязанность и постоянство, которые помогли ей выдерживать расставания с терапевтом, так что ей уже больше не приходилось реагировать на них ажитированием и типичными расщеплениями. В этом контексте терапевтические отношения привязанности были коррегирующим эмоциональным опытом, который, с позиции теории объектных отношений, привел, к растущей константности объекта

и константности самости, что в большей степени соответствовало репрезентации надежной привязанности. На этом фоне г-жа Н. смогла выйти из терапевтических отношений и вступить в отношения, адекватные своему возрасту.

Ход лечения можно также обсуждать и интерпретировать с позиции теории объектных отношений. Возможно, при этом еще больше внимания должно быть направлено на проработку архаичных деструктивных агрессивных фантазий пациентки. В ходе лечения они понимались как эмоциональная реакция на ее фрустрированные потребности в привязанности. Пациентка с ее аутодеструктивными и деструктивными фантазиями чувствовала во время лечения такую поддержку, что со временем смогла взглянуть на них с большей ясностью, не переживая их снова.

Психотическая симптоматика

Первичное знакомство и симптоматика

19-летнего пациента записывает на прием по поводу «компьютерной игровой зависимости» его домашний врач. Взрослого молодого мужчину на первичное интервью сопровождает его мать. В индивидуальной беседе, в отсутствие матери, он сообщает, что все его друзья завидуют ему, потому что он хорошо разбирается в компьютерах. Далее он рассказывает, что хотя он проводит по многу часов в день за игрой, это нужно для тренировки и поддержания формы, у него все под контролем. В ходе дальнейшей беседы выясняется, что, по мнению пациента, он наделен особой силой, обладает каким-то особым «излучением» и оказывает «воздействие», которое может проникать в монитор и влиять на боеспособность самолетов в компьютерной игре. По его словам, он может предвидеть исход боев и вообще, как он выразился, обладает особой чувствительностью к мощности излучения. Так как в конце нашего первого разговора он улавливает «хорошее излучение» от нашего контакта, то готов прийти на следующую беседу. Причем в этой сцене он выступает в роли заклинателя с острым, колючим взглядом, который контролирует меня, хочет проникнуть в мои мысли и прочитать их.

Анамнез

В ходе последующих бесед я узнаю, что О. – самый младший из трех детей. Его старшие брат и сестра уже стали самостоятельными и больше не живут в родительском доме. Еще в очень раннем возрасте О. стал интересоваться электроникой, потому что его отец в силу своей профессии занимается ею. Отец очень обрадовался этому, стал наставником сына по многим техническим вопросам, так что интерес О. к компьютерам и технике не казался чем-то совершенно необычным. Однако в последние 4 месяца мать заметила, что О. стал часто вставать по ночам; он сидел за компьютером и играл, произнося вслух некие магические формулы, чтобы влиять на ход компьютерных игр. В такие моменты никто не может заставить его прекратить игру. Часто он как зача-

рованный целыми ночами просиживает перед компьютером, и родители уже не могут «достучаться» до него. Недавно он заявил, что с помощью своих магических сил он может также вызвать конец света.

Между отцом и сыном случались в прошлом бурные, агрессивные стычки, потому что отец не одобрял его путаных «электронных теорий». Однако в беседе пациент подчеркнул, что отец уже больше ничего не понимает в современной электронике, он же, О., имеет возможность даже «вводить свои мысли в сеть».

В свое время, когда О. был совсем маленьким, мать посвятила его в основы своих строгих религиозных убеждений. На почве религии между ней и сыном в течение многих лет была очень глубокая связь, пока О. не подрос и во время полового созревания не отдалился от матери и не перестал ходить вместе с ней на религиозные мероприятия. Вместо этого он целыми часами занимался техникой – самым главным в представлении его отца.

За прошедшие недели он стал неуспевающим учеником, что наверняка было вызвано его психотическими мыслями. Тем не менее О. регулярно посещал школу. Причем – при хороших интеллектуальных способностях – у него, по-видимому, даже были стадии, когда он мог быть внимательным на занятиях и понимать материал. А по ночам, сидя перед компьютером, он полностью погружался в свой психотический мир.

Соображения относительно динамики привязанности

Можно предположить, что О. с детства был тесно связан с матерью через общий духовный мир. Затем во время пубертатного периода он полностью переключился на отцовский мир техники; это дало ему возможность отделиться от матери и одновременно установить тесную связь с отцом. С точки зрения динамики привязанности психотическую симптоматику О. (его убежденность в том, что он «гений излучений», обладающий магическими силами и властью над компьютером и даже над всем миром) можно понять следующим образом: с помощью тематики излучения он устанавливает контекст привязанности как с матерью и ее духовностью, так и с отцом и миром его электроники. При этом, благодаря своим «изначальным магическим силам, которыми обладает лишь он один», он может отмежеваться и от матери, и от отца. Таким образом, психотическую симптоматику О. можно понимать как попытку освободиться из тесных симбиотических связей с матерью и с отцом и найти свой собственный, независимый, принадлежащий только ему мир, в котором только он разбирается и который только он один может исследовать благодаря своим силам.

Ни один из родителей не демонстрировал большой чувствительности к потребностям сына в привязанности. Оба родителя использовали О. как расширение своей личности и своих интересов, злоупотребляя этим. Родители недостаточно признавали потребности сына в привязанности и в исследовательской деятельности в соответствии с его возрастом. Он находился перед дилеммой: погружаясь в отношения привязанности к матери, он становился

ее «пленником» и отдалялся от отца, а радикально отворачиваясь от матери и погружаясь в мир отца, он оказывался в плену его представлений и отдалялся от матери. Бредовая симптоматика (излучение) позволила О. занять собственную позицию; благодаря этому вездесущему излучению, над которым он имел власть и которым он управлял, он также находился в постоянном контакте со своими родителями. Близость и дистанция, частота и интенсивность отношений привязанности, связанных с излучением, контролировались исключительно им одним, всесильным и всемогущим. Таким способом ему удалось, пусть даже прибегнув к психотической бредовой симптоматике, сохранить автономию, не отказываясь от отношений с обоими родителями. Более того, сидя по ночам за компьютером, он благодаря силе своего излучения был связан как со спящими родителями, так и со всеми людьми в мире. Он не мог отказаться от компьютера и от своих игр, потому что, должно быть, опасался, что в момент отключения компьютера окажется отрезанным от всех людей, а вместе с этим и совершенно одиноким. В конечном итоге, именно постоянная одержимость игрой позволяла ему не чувствовать себя одиноким.

Ход терапии

О. и его родители наотрез отказались от стационарного и от медикаментозного лечения. Всем членам семьи было трудно представить себе расставание, связанное с госпитализацией сына. Даже один этот факт показал, как тесно и неразрывно оба родителя, каждый по-своему, были связаны со своим ребенком. Матери и отцу сын был нужен для их собственной психической стабилизации. Так как О. считал, что можно приобрести зависимость и от терапевта, сначала он был настроен очень скептически по отношению к лечению и никак не хотел приходить на терапию чаще одного раза в неделю. Только впоследствии, когда в ходе терапии отношения привязанности стабилизировались, удалось увеличить частоту лечебных сеансов до двух в неделю, не вызывая у него дополнительных страхов. У меня были большие сомнения относительно того, сможет ли лечение с такой малой интенсивностью и при такой тяжелой картине болезни привести хоть к какому-нибудь изменению. Однако у меня, казалось, не было другого шанса, и оставалось лишь приспосабливаться к той интенсивности контактов, которую определял О.

Сначала О. был недоверчивым и нерешительным, не зная, насколько ему нужно вводить меня в свой бредовый мир и информировать меня о нем. Поэтому я лишь спорадически узнавал кое-что о его фантазиях, которые со временем выстроились в целую бредовую структуру. Через исходящие от него излучения он и без Интернета был соединен со всем миром. Я интерпретировал это грандиозное расширение привязанности как признак потери внутренней связи и надежной базы в отношениях с родителями, а также как попытку сепарации и высвобождения. Довольно быстро О. поверил в то, что он телепатически связан со мной и может читать мои мысли. Он с облегчением констатировал, что не нашел у меня никаких злых намерений. Я понял это

как попытку положительного переноса. Хотя в течение первых девяти месяцев лечения не произошло никаких существенных изменений бредовой симптоматики, его функции Я все-таки, казалось, стабилизировались настолько, что он снова смог ходить в школу. Контакт в терапевтических отношениях и в привязанности казался относительно надежным. О. приходил на лечение регулярно и вовремя. Бредовая симптоматика со временем изменилась, так что теперь он много дискутировал со мной «о боге и мире», о трансцендентности, близких и далеких связях и отношениях. С этого момента стало возможным более детально затронуть его отношения с родителями. При этом он не находил совершенно никакой связи между уровнем отношений с родителями и сферой своих фантазий. Он блуждал между двумя мирами: то он больше идентифицировался с религиозным миром матери и оттуда критиковал «неверующего» отца и его интерес к рациональности и технике; то идентифицировался с техническим миром отца и с этих позиций критиковал «суеверный мир» матери. Таким образом, он метался от одного родителя к другому, каждый раз идентифицируясь то с отцом, то с матерью, и всегда был ближе к одному из родителей. Бредовая симптоматика отошла на второй план; к концу второго года лечения удалось добиться того, что пациент начал все больше искать свой «собственный путь». При этом отношения с близким другом, с которым он раньше часто занимался любительскими техническими поделками, приобрели особую важность. Он снова проводил много часов с этим другом, уединяясь с ним в своей комнате, но все-таки он не был там один на один с компьютером. В терапевтических отношениях он теперь производил впечатление подростка, который в глубокомысленных интеллектуальных беседах хотел «понять мир». Он спорил со мной, отвергал мои представления о мире, но при этом все больше отграничивался от меня. Он задавал мне прямые, ясные вопросы «о боге и мире», на которые хотел получать конкретные ответы. Он требовал, чтобы я занял определенную позицию, «раскрыл свои карты», чтобы можно в отношениях со мной чередовать идентификацию и разграничение. При этом было невозможно, в соответствии с «классической» техникой, задавать пациенту его же вопросы, потому что он интерпретировал бы это как прямое избегание привязанности, отвержение и отступление. Требовалось соответствующее подростковому возрасту и «ориентированное на цель» партнерство, в котором выяснялись и обсуждались общие цели, а партнер мог отгораживаться и отстаивать свое мнение. Такой благожелательный аргументированный спор на фоне растущей привязанности позволил ему «разобраться» с матерью и с отцом, поскольку он использовал терапевтические сеансы для предварительного тестирования, как далеко он может зайти со своими мыслями и идеями. Эти мысли постепенно становились более реалистичными и при этом остроумно интеллектуальными, дифференцирующими – метод, который он использовал «в качестве оружия» для исследовательской деятельности, а также для сепарации и отграничения. Лечение закончилось в тот момент, когда он отстоял свое право на профессиональное обучение, которое

не отвечало ни желаниям матери, ни ожиданиям отца. Он отвоевал этот путь для себя, хотя был твердо убежден, что этим решением ему пришлось «разочаровать» своих родителей. Для него было важно, что терапевт смог понять и одобрить его решение.

Заключительные замечания и катамнез

С терапевтической точки зрения, лечение еще не было завершено, когда О. решил пойти своим путем и закончить терапию. Стало ясно, что ему нужно отделиться и от меня как от родительской фигуры и идти своим путем. Было много сомнений относительно того, останется ли это развитие стабильным или опять появится психотическая симптоматика. Однако родители рассказали, что, на их удивление, он смог двигаться к самостоятельно выбранной цели без психотической симптоматики; для меня это также стало неожиданностью.

У нас еще оставались опасения, что обретенная в терапии психическая стабильность пока не настолько прочна, чтобы выдерживать значительные нагрузки. Исходя из диагностически-терапевтических критериев, лечение часто рассматривают как незавершенное, потому что считают, что те или иные моменты еще требуют терапевтической проработки. Возможно, необходимо соглашаться на сепарацию пациентов даже тогда, когда они «чувствуют себя достаточно уверенно, чтобы попробовать обойтись без терапевта», отдавая себе отчет о вероятности и опасности повторного появления симптоматики. Если терапевтические отношения привязанности стабильные, то в таких случаях пациенты могут снова обратиться к нам. Если они возвращаются, то могут в определенный момент решиться сделать еще одну попытку отделиться и, несмотря на трудности, выдержать это испытание.

Старческая депрессия

Первичное знакомство и симптоматика

Я познакомился с г-жой П. во время ее пребывания в стационаре. Она уже много недель проходила психиатрическое и психотерапевтическое лечение по поводу «тяжелой депрессивной симптоматики». Проведенная дифференциальная диагностика позволила предположить начало деменции. Г-жа П. в отделении клиники была известна тем, что целый день почти не двигалась, и, собственно говоря, не было точно известно, что она вообще воспринимала в окружающем мире. Она не говорила ни слова и никем не интересовалась. Со стороны казалось, что она находилась в «сумеречном состоянии» и была эмоционально и когнитивно недоступна для других.

Анамнез

До госпитализации в стационар г-жа П. жила в одной квартире со своей дочерью. Когда дочь сообщила ей, что скоро выходит замуж и что, видимо, для матери лучше всего будет отправиться в дом престарелых, г-жа П. сначала бурно

протестовала, ругалась и неистовствовала, а на следующее утро уже не встала с постели и с тех пор не произнесла ни слова, так что сначала даже подумали, что у нее инсульт. Однако дальнейшая неврологическая диагностика не выявила никакой патологии, поэтому врачи стали исходить из того, что у пациентки острая кризисная ситуация, тяжелая депрессивная реакция, а позднее – начинающаяся деменция. Правда, при этом острая симптоматика с пусковой ситуацией не подходила к деменции. Г-жа П. всегда жила вместе с дочерью, и обе были хорошо сыгранной «командой». Г-жа П. занималась домашним хозяйством, в то время как дочь работала на полную ставку. Мать даже представить себе не могла, что дочь когда-нибудь может выйти замуж, а ей самой придется провести остаток жизни в богадельне.

Этот анамнез удалось собрать со слов дочери, потому что сама мать до сих пор не говорила ни о себе, ни о своей личности, ни о своей жизни. Мои первые попытки установить непосредственный контакт с г-жой П., заговорить с ней отскакивали, как от стенки. Маленькая седая 75-летняя женщина, слегка нахмурив брови, смотрела на меня проницательным взглядом своих небольших глазок, спрятавшихся за никелированными очками. При этом я отчетливо чувствовал, что она воспринимает меня, но более четко ее реакция никак не выражалась – ни в словах, ни в мимике, ни в жестах, не говоря уже о том, чтобы отвечать на мои вопросы. Однако эта пациентка, которая появилась в отделении клиники как некая молчаливая статуя, чем-то восхищала и внутренне трогала меня. Я думал о том, что же может скрываться за этим молчанием.

Соображения относительно динамики привязанности

Прежде всего обращает на себя внимание тот факт, что заболевание с депрессивной симптоматикой началось в тот момент, когда дочь заговорила о предстоящем расставании. Видимо, сообщение дочери о том, что она собирается замуж, а матери придется отправиться в дом престарелых, вызвало у пожилой женщины такой страх и ужас, что она после короткого протеста, как это описала дочь, в буквальном смысле слова потеряла дар речи. Ее афазия и депрессивный уход в себя привели к тому, что дочери пришлось интенсивно заниматься матерью, отказавшись от своих дальнейших жизненных планов, в которые входила ее свадьба. Озабоченность заболеванием матери, первоначальная неясность в диагнозе и предположение, что с ней мог случиться инсульт, сильно напугали дочь. На самом деле, привязанность между дочерью и матерью от этого стала только интенсивнее. Однако прошло уже несколько месяцев, а стационарное лечение при поставленном г-же П.диагнозе тяжелой острой депрессии не принесло успеха: ни психотерапевтическая интервенция, которая провалилась из-за молчания пациентки, ни медикаментозное лечение результатов не дали. За это время у г-жи П. стали проявляться признаки госпитализма; она была частью отделения клиники, на нее больше не обращали особого внимания, она жила незаметно, с ней не было трудностей, а дочь регулярно навещала ее несколько раз в неделю. Молодой женщи-

не самой нужна была психотерапевтическая помощь, потому что она испытывала чувство вины из-за своих планов на замужество и связанного с этим расставания с матерью и упрекала себя в том, что случилось с матерью. С точки зрения динамики привязанности, можно предположить, что мать и дочь были друг для друга надежной базой в очень ограниченной области; однако при этом для сепарации и исследовательской деятельности места не оставалось. Да и организация их жизни пока не требовала этого. Но вся эта структура пошатнулась из-за намерений дочери выйти замуж. Одна лишь мысль о расставании и тем самым о возможном расширении собственной сферы исследовательской деятельности привела к тому, что мать действительно заболела тяжелой реактивной депрессией. На уровне привязанности следствием этого стало возобновление тесной привязанности к дочери, а истинная сепарация стала невозможной. Почему и из-за какого биографического контекста эта привязанность, развиваясь, превратилась в такое тесное тайное соглашение, сначала мне было неясно. Поэтому не было и точного представления о том, как мне строить психотерапевтическую работу с пациенткой, тем более что на самые разные предложения пообщаться она отвечала лишь молчанием и неподвижностью.

Ход терапии

Пусть даже внешне казалось, что г-жа П. никак не реагировала на обращенные к ней слова, но, с точки зрения привязанности, я все-таки считал необходимым хотя бы поддерживать с ней контакт, а не рассматривать ее как живую статую в отделении. Я пытался сначала установить с ней визуальный контакт, а затем использовал повторное обращение к пациентке, не ожидая он нее какого-либо вербального ответа. Движения ее глаз позволяли мне предполагать, что она вполне слышит, понимает меня и хочет, чтобы с ней заговорили. У меня сложилось впечатление, что она также искала мой взгляд, когда мы сидели вместе с другими пациентами в кругу на групповом сеансе.

Как-то персонал клиники и пациенты вместе поехали на целый день на экскурсию; г-жа П. тоже поехала вместе со всеми. Во время прогулки по городу я заметил, что она как тень держалась вблизи меня, хотя и на некотором расстоянии. Было ощущение, что между нами существуют незримые узы, которыми мы давно уже связаны эмоционально. Когда мы проходили мимо магазина музыкальных инструментов, я увидел там в витрине чудесный старинный инструмент и на короткое время отдалился от группы, потому что хотел лучше рассмотреть его. Я договорился с пациентами и с сопровождающими, что позже мы снова встретимся у вокзала. Играя в этом магазине на заинтересовавшем меня инструменте, я через какое-то время обнаружил, что г-жа П. сидела за мной и слушала мою игру. Этот инструмент вызывал во мне такое восхищение, а я был смущен и озадачен, заметив, что пациентка последовала за мной. Из-за всего этого я сам немного забыл про время и испуганно посмотрел на часы. «О боже! – воскликнул я, – мы опоздали на поезд». На что г-жа П. спокойно

и вообще в первый раз за все время нашего знакомства ответила мне: «Ничего, ведь нам так много надо обсудить».

Я был в полном замешательстве. Г-жа П. заговорила со мной. Мы молча пошли рядом друг с другом к вокзалу, узнали, когда будет следующий поезд, а потом сели за столик в кафе напротив, чтобы подождать его прибытия. И тут г-жа П. сама начала рассказывать, как во время войны она со своим мужем, музыкантом, путешествовала по всему миру и в конце концов после всей смуты и неразберихи войны все-таки потеряла его. С ней осталась лишь дочь, которая была для нее всем. В конце концов в дочери она также продолжала любить своего мужа. Вероятно, она похоронила скорбь по любимому мужу глубоко в себе. Г-жа П. со слезами на глазах очень подробно рассказала мне историю своей жизни, и я понял, что предстоящее расставание с дочерью означало для нее переживание скорби не только о ней, но и – с задержкой в 30 лет – о покойном муже. Моя игра вызвала у нее такое живое воспоминание о нем, что на почве уже осторожно установленной между нами привязанности она решила поговорить обо всем этом со мной и нарушить свое молчание. По ее словам, до сих пор она не могла этого сделать; она просто чувствовала большую тяжесть в груди, и произнести любое слово для нее – «это было уж слишком».

Это очень эмоциональное происшествие усилило привязанность между г-жой П. и мною, и на этом фоне была осуществлена очень взволнованная терапевтическая работа скорби. Причем с течением времени я осознал, что пациентка внешностью напоминала мне мою бабушку, которая в свое время была для меня важным референтным лицом. Состояние пациентки улучшилось, так что мы довольно скоро смогли в совместных беседах с дочерью обсудить возможность определения г-жи П. в дом престарелых. При этом для пациентки было важно найти удобную для нее форму проживания, а именно в специальном общежитии квартирного типа для старых людей (где есть социальные работники, психологи, терапевты или сиделки), а не просто чтобы ее «отправили» в дом престарелых. Основным ее условием была возможность взять с собой любимую старинную мебель, которая ей очень дорога как символический представитель прошлого в ее новом доме. Когда было найдено подходящее место в таком заведении, г-жа П. попробовала пожить там; ей понравилось, и можно было начать планировать ее выписку из клиники и переезд. Она очень тщательно выбирала, какую мебель и какие вещи взять с собой на память, учитывая, что проживать ей придется в довольно стесненных условиях. Она также продолжала приходить на амбулаторное лечение. Дальнейший ход терапии определяли работа скорби, расставание с дочерью, а также горе в связи со слишком ранней потерей мужа. Г-жа П. смогла еще раз оглянуться на всю свою жизнь. Это было как освобождение от старых связей из прежней жизни и переезд в новый мир. Только после этого она смогла завязать знакомства в новом жилом комплексе и установить новые связи и отношения.

Заключительные замечания и катамнез

Г-жу П. очень уважали в общежитии для стариков, она активно участвовала в общественных мероприятиях своего нового жилого комплекса. В течение многих лет она поддерживала со мной контакт, писала мне письма; в них она на нескольких страницах описывала свою жизнь, которую энергично взяла в свои руки. С радостью она рассказывала о своих внуках, гордясь их развитием, успехами и достижениями. Когда через много лет она умерла и ее дочь прислала мне извещение о ее смерти, я сам очень опечалился, пусть даже ее кончина после непродолжительной болезни и не была для меня особой неожиданностью.

ИТОГИ

Далее я подведу итоги и изложу основные мысли по поводу представленных примеров из практики.

В каждом случае самой важной терапевтической задачей было установление отношений надежной привязанности с пациентом («надежной базы»). Этот процесс – основное условие для того, чтобы пациент смог в переносе изменить патологические репрезентанты самости и объектов из детства.

При этом во время стационарного лечения пациенты с различной интенсивностью, разумеется, ощущали, что и обслуживающий медперсонал, и другие пациенты, и сама клиника также были такой «надежной базой». Особые трудности в установлении и формировании надежных терапевтических отношений привязанности были у пациентов с паттерном ненадежно-избегающей привязанности. Именно при таком паттерне мои усилия по установлению терапевтических отношений привязанности не были успешными, когда не было внешнего прессинга, например, если пациенты не испытывали тяжелых страданий или если ребенок заболевал, а родители, избегающие привязанности, не хотели начинать его лечение и я не мог в достаточной мере донести до них необходимость этого лечения.

Знание различных паттернов привязанности облегчало мне понимание нарушений привязанности у того или иного пациента, так что я мог соответствующим образом подстраивать свою терапевтическую технику. Однако приведенные выше примеры из практики четко показывают, что клинические варианты нарушений привязанности могут сильно отличаться от неклинических паттернов ненадежной привязанности как на поведенческом, так и на симптоматическом уровне.

Пациенты, прошедшие курс терапии, в ходе дальнейшей своей жизни могли более или менее бессимптомно строить отношения, которые допускали большую гибкость в привязанности и автономии, а также в исследовании окружающего и интрапсихического миров. Я считаю это показателем того, что их внутренние рабочие модели изменились в сторону паттерна надежной привязанности и приобрели более четкую структуру и иерархию. Помимо про-

чего, это выразилось в том, что пациенты смогли заменить свое дезадаптивное поведение привязанности на адаптивное. На основе сложившихся надежных отношений привязанности пациенты могли прорабатывать конфликты, связанные с динамикой влечений, а также интегрировать и безбоязненно выражать в переносе свои либидинозные и агрессивные аффекты.

Других лиц из окружения пациента, к которым он испытывает привязанность (например, супругов или родителей), можно рассматривать либо как факторы защиты, либо как факторы риска. Во время лечения их нужно подключать по мере необходимости, как части сетевой структуры привязанностей пациента. Особую остроту это приобретает при ненадежно-амбивалентной привязанности с запутанными отношениями, например, между супругами (или людьми, состоящими в гражданском браке) или между родителями и ребенком, когда до этого здоровый человек внезапно заболевает, если его партнер в ходе терапии вырабатывает паттерн надежной привязанности и тем самым неизбежно еще больше отделяется от своего супруга (или спутника жизни).

Можно предположить, что несмотря на приобретенный в терапии новый опыт привязанности у пациентов сохраняется определенная уязвимость, когда затрагиваются вопросы привязанности, сепарации и потери. Некоторые катамнезы показывают, что пациенты, завершившие терапию, могли уже самостоятельно обратиться ко мне при повторном появлении симптоматики или сильном стрессовом переживании. Я видел, что такие повторные пациенты подходят к новой проблематике с большей саморефлексией и что они обладают большими знаниями при анализе соответствующей динамики привязанности.

В некоторых краткосрочных, более сфокусированных терапевтических ситуациях я не стремился к прекращению переноса в конце лечения, чтобы впоследствии в ситуациях, сопряженных со страхом и угрозой, пациенты снова могли использовать меня как «надежную базу», что они в отдельных случаях и делали. Иногда, правда, к концу терапии я прилагал большие усилия для проработки процесса расставания, чтобы способствовать окончательному отделению и развитии автономии пациента. И все-таки некоторые пациенты впоследствии снова звонили мне, что я первоначально понимал как результат недостаточной проработки расставания со мной. Сегодня, глядя назад с позиции теории привязанности, я интерпретирую это так, что привязанность в терапевтических отношениях – это такая тема, которая остается на всю жизнь. В тех случаях, когда действительно удается создать «надежную базу» в терапевтических отношениях с пациентами, я не считаю больше «врачебной ошибкой» или «признаком недостаточной проработки», если пациенты впоследствии в трудные времена снова обращаются ко мне в поисках помощи.

Когда мы начинаем лечение и предоставляем себя в распоряжение пациента как надежную базу, то каждый шаг пациента в направлении новой жизненной перспективы, каждое прощание в конце терапии означает также, что *мы* (терапевты) должны проделать работу по расставанию и работу скорби. Этот процесс бывает тем более интенсивным и даже болезненным, когда он резо-

нирует с аспектами нашего собственного опыта привязанности. Мы должны осознать эти свои аспекты привязанности и процессы контрпереноса, чтобы из-за собственных потребностей в привязанности не сдерживать пациентов в развитии их автономии. Эта опасность особенно велика, если терапевты живут одни или не уделяют должного внимания своим личным отношениям привязанности (например, из-за своей активной профессиональной деятельности). По моему опыту, хорошая терапевтическая работа, основанная на привязанности, возможна только тогда, когда терапевт сам включен в сеть отношений, которые обеспечивают ему надежную базу для его жизни и его эмоциональной привязанности. Это помогает ему отпускать своих пациентов, но не избавляет его от необходимости проделывать собственную работу скорби при прощании с ними.

ЧАСТЬ 5

Перспективы применения теории привязанности в других областях

ПРОФИЛАКТИКА

Приведенные примеры из практики показывают, что привязанность – это вызов, который начинается, возможно, еще до рождения или даже до зачатия, продолжается во время и после родов и длится вплоть до старости человека. Развитие привязанности отнюдь не ограничивается первым годом жизни. Привязанность и исследовательская деятельность, а также связанные с ними расставание и сепарация представляют собой полюса напряжения в динамике развития, эти темы красной нитью проходят через всю жизнь.

Важно, чтобы мы информировали родителей, педагогов и социальных работников о важности привязанности как основополагающей жизненной мотивации, чтобы эти знания могли быть использованы в педагогике и в психотерапии. В переломных ситуациях развития (например, когда ребенок начинает учиться ходить, при становлении самостоятельности в младшем детском возрасте или при поиске автономии в подростковом возрасте) часто еще преобладают потребности в привязанности, но возникает также острая необходимость в исследовательской деятельности и в сепарации. В таких ситуациях из-за присущей им напряженности могут возникать совершенно нормальные возрастные кризисы.

Стоя на этих теоретических позициях, можно проводить профилактическую работу с будущими родителями. Двигаясь в этом направлении, мы с Анной Буххайм начали реализовывать в городе Ульме программу обучения родителей. В течение пяти вечеров мы проводили групповые занятия, на которых информировали пары, ожидающие первого ребенка и находящиеся на последней трети беременности, о результатах исследований младенцев. При этом особо прорабатывались и объяснялись на конкретных примерах такие темы, как *привязанность* и *сепарация*. Для будущих родителей в программу также была включена форма обмена опытом собственных представлений и переживаний, связанных с тематикой *привязанности* и *сепарации*.

После родов мы наблюдали отдельно мать и отца с их младенцем. Мы снимали на видео сцену, в которой родители пеленали своего ребенка и играли с ним. Затем мы вместе с родителями анализировали эту запись. Целью этого тренинга было улучшение восприятия и интерпретации сигналов ребенка его родителями, чтобы они могли учитывать эти сигналы в собственном поведении. Правда, по нашему опыту, такого тренинга было недостаточно, если родители сами имели нарушения привязанности. Однако такая тренировка могла бы подготовить молодых родителей к получению терапевтической помощи при возникновении подобных трудностей. Наша программа была первой попыткой сделать так, чтобы раннее развитие детей и обучение «родительству» больше не было отдано на волю случая. Часто не имеющие опыта родители справедливо чувствуют, что их оставили одних и что они не справляются с предъявляемыми к ним требованиями. Иногда они даже приходят в отчаяние и ясно видят, что их отношения привязанности к своему ребенку зашли в тупик, так что второго ребенка они уже не хотят. Но, с другой стороны, иногда появляется надежда, что со второй беременностью все может исправиться и что из ошибок были сделаны выводы. Однако поскольку собственная динамика привязанности существенно не изменилась, часто драма привязанности и отношений с различными вариациями повторяется и со вторым ребенком.

Принимая во внимание защитную функцию вторичных значимых лиц в рамках развития надежной привязанности, надо с самого начала целенаправленно создавать у родителей мотивацию на поддержание и интенсификацию отношений с вторичными значимыми лицами, такими как друзья, тети, бабушки и дедушки, а также с постоянными нянями. При этом нужно уделять большое внимание выбору этих значимых лиц; необходимо четко отслеживать, насколько они в состоянии действительно настроиться на привязанность к ребенку. Только при наличии такого настроя вторичные значимые лица действительно могут оказать влияние на развитие надежной привязанности (ср. также: Brisch et al., 1997). С помощью информационно-просветительской работы с разъяснением положений теории привязанности можно открыть новые схемы мышления и перспективы, прежде всего, для людей, работающих в терапевтической и педагогической сфере. Тогда они могли бы, например, лучше понимать детей, поступающих в детский сад и в школу, и оценивать качество их учебной деятельности и общения со сверстниками.

Организация процесса смены привычной обстановки в детстве (привыкание к яслям, к няне, к детскому саду, к новой школе и месту жительства в связи с переездом) и даже во взрослом возрасте (привыкание к новому месту работы, переезд в дом престарелых) могла бы строиться с учетом теории привязанности. Это означает, например, что ребенок не должен сразу оставаться один на один с няней, а о нем сначала должны заботиться вместе мать и няня, пока последняя постепенно не станет вторичным значимым лицом для ребенка. Только тогда время расставания с матерью можно продлить, потому что ребенок в отсутствии матери может обращаться к няне как к еще одному человеку,

к которому он испытывает привязанность, дающую ему чувство эмоциональной безопасности и надежности. Этот процесс привыкания и построения новых отношений привязанности требует времени, особенно в младенческом и раннем детском возрасте, и ускорить его нельзя (Laewen et al., 1990).

Еще одна важная переломная ситуация, в которой активируется поведение привязанности и возникает потребность в сепарации, – это подростковый возраст. Очень важно знакомить родителей с особенностями подростков на соответствующих семинарах и давать им возможность выговориться, рассказать о своих собственных потребностях в привязанности и страхах перед сепарацией собственных детей-подростков, чтобы не повторились те связанные с привязанностью проблемы, с которыми они столкнулись еще на первом году жизни детей. В процессе подросткового кризиса вполне может представиться шанс исправить или усовершенствовать сложившиеся к этому возрасту внутренние рабочие модели.

Последний из приведенных выше примеров из практики показывает, что процессы прощания и расставания даже в старости могут быть проработаны в терапии, если удастся соответствующим образом сфокусироваться на принципах привязанности. «И старые деревья можно пересаживать», надо лишь предоставлять пожилым людям место и время для установления новых привязанностей и для проработки процессов сепарации и скорби. Однако для этого всем участникам – детям, которые часто форсируют расставание и переезды состарившихся родителей, а также среднему обслуживающему медперсоналу в общежитиях для стариков – нужны соответствующие знания о важности процессов привязанности и сепарации.

В последнее время участились жалобы на агрессивное поведение и насилие в детских садах и школах. Хотя результаты исследований по реальному росту насилия и агрессии неоднозначны, все-таки многие факты свидетельствуют о том, что изменилась сама форма агрессивных стычек с применением силы среди школьников, а именно что они продолжают совершать насильственные действия даже тогда, когда их соученик уже лежит на земле, истекая кровью. При этом способность к сопереживанию кажется полностью утраченной, а возможно, ее никогда и не было.

Исследования показывают, что дети с избегающей привязанностью в детсадовском возрасте предлагают значительно меньше просоциальных решений по историям в картинках, которые изображают конфликты, чем те, у которых в возрасте одного года была диагностирована надежная привязанность. Поэтому ведутся дискуссии о том, можно ли на основании оценки надежной привязанности в возрасте одного года строить определенный прогноз на будущее, имея в виду просоциальное поведение. Эти дети, возможно, смогут более эмпатийно и деликатно проникать в мир другого человека, в том числе и в конфликтных ситуациях своего визави, и находить такие решения, которые, из-за их способности к эмпатии, будут в конечном итоге ориентированы более просоциально. Исследователи агрессии – здесь на первом месте следует

назвать Генри Паренса (Parens, 1993b) – исходят из того, что существует форма просоциальной агрессии, например, исследование и поиск контакта, которая отличается от деструктивной формы агрессии. Первая соответствует исследовательской мотивации в системе Лихтенберга (Lichtenberg, 1992) или способности к исследовательской деятельности на основе надежной базы, по Боулби (Bowlby, 1995). Согласно Паренсу, вторая, деструктивная форма агрессии возникает из переживания сильнейшей фрустрации. Такая крайняя степень фрустрации может возникнуть тогда, когда не удовлетворяются потребности детей в соответствующем их возрасту уходу или когда нарушения привязанности мешают их здоровой исследовательской деятельности и сепарации (см. показательные случаи из практики в части 4). Можно лишь приблизительно представить себе, какие чувства гнева, разочарования и в конечном итоге агрессии дети с избегающей привязанностью уже вынуждены подавлять в возрасте одного года, чтобы не выражать матерям свои потребности в привязанности. Можно также предположить, что эти чувства, которые связаны со значительным физиологическим напряжением (Spangler, Schieche, 1995), разряжаются в других контактах привязанности. Это могло бы объяснить проявления сильной агрессии даже по самым незначительным поводам. Возможно, что такие дети с крайней степенью нарушения привязанности при явно нечутком поведении родителей и сами теряют способность чутко, эмпатийно понимать эмоциональный мир своего визави. Становится понятным, почему они наносят удары даже тогда, когда совершенно беззащитный соученик уже больше не представляет никакой опасности.

По этим причинам раннее обучение детсадовских детей и учеников начальной школы чуткости и эмпатии могло бы явиться для них коррегирующим эмоциональным опытом. Это облегчило бы понимание агрессии, накопившейся во взаимодействии с родителями и другим значимым лицам, и позволило бы научиться вчувствоваться в состояние другого человека и приобрести умение устанавливать новые отношения.

С учетом этого Паренс (Parens 1993a, 1993c; Parens, Kramer, 1993) начал проводить в детских садах особый вид обучения чуткости и эмпатии по детально разработанной им программе. В детских садах к воспитанникам приходили незнакомые им матери с детьми. Дети под руководством взрослых учились наблюдать за взаимодействием матери и ребенка, описывать его и таким образом вчувствоваться в мир младенца.

Оказалось, что дети, которые прошли такую программу обучения, реагировали друг на друга значительно более чутко и вели себя более просоциально, чем дети контрольной группы. Аналогичные учебные программы Паренс разработал для учеников начальной и старшей школы с дифференцированными учебными планами, включающими адаптированные для каждой возрастной группы цели и методы изучения материала. В каждом случае задача состоит в том, чтобы вчувствоваться в эмоциональные процессы, как бы поставив себя на место другого человека, а также разработать стратегии разрешения

конфликтов. Если бы в детских садах и школах были введены такие довольно крупные превентивные программы с использованием научных выводов теории привязанности, можно было бы противодействовать агрессии и насилию в школе. В длительной перспективе такая работа позволила бы детям из группы риска, живущим в тяжелых социально-бытовых условиях, приобрести эмоциональный и когнитивный коррегирующий опыт.

Было бы весьма желательно именно в целях профилактики познакомить с теорией привязанности все группы, занимающиеся ранним развитием младенцев и детей, то есть родителей, у которых появляется первый ребенок, врачей, педагогов, психологов, социальных работников, акушерок, медсестер в детских садах, детских психотерапевтов. Применение этих знаний могло бы привести к уменьшению числа нарушений привязанности. Или же можно было бы на ранней стадии добиться изменения в направлении надежной привязанности путем принятия надлежащих мер, например с помощью коррегирующего эмоционального опыта с вторичными значимыми лицами. Такова в настоящее время цель различных исследований привязанности, основанных на интервенциях (Bakermans-Kranenburg et al., 1998; Brisch, 2007a, b, c, 2008).

Профилактическая программа «SAFE® – Программа надежности для родителей»

Целевая группа для содействия развитию привязанности

Будущим родителям (тем, кто ожидает рождения первого ребенка, и тем, у кого уже есть один ребенок или несколько детей) следовало бы принять участие в первичных профилактических программах. Посещая занятия, принимая участие в семинарах и используя дополнительные возможности новейших технических средств, таких как обратная связь на основе видео, родители уже с самого начала беременности смогут повысить свою компетентность и развить свои способности; они также смогут повысить свою эмоциональную и когнитивную чувствительность к потребностям ребенка. Для того чтобы создать соответствующую мотивацию и настроиться на эмоциональное развитие своего ребенка, родителям следовало бы воспользоваться превентивной поддерживающей программой. Клинический опыт показывает, что будущих родителей именно во время беременности волнует их собственный травматический опыт детства. В памяти снова воскрешается как положительный, так и травматический опыт отношений с собственными родителями со всеми аффективными переживаниями радости, страха, гнева и разочарования, и это сильно беспокоит родителей во время беременности. Представляя себе свое будущее материнство или отцовство, люди задумываются, хотят ли они стать такими, как их родители, или ни в коем случае не хотят повторить опыт общения со *своими* родителями в своей новой родительской роли.

Именно во время беременности, пытаясь разобраться в своем детстве и в своем прошлом, родители бывают весьма мотивированы и испытывают

готовность еще раз критически обдумать и обсудить пережитое ими самими, своих «добрых и злых духов». Как только рождается ребенок, родители целиком и полностью погружаются в злободневные вопросы настоящего времени, такие как кормление, пеленание и сон малыша. Поэтому после рождения ребенка опыт и чувства собственного детства родителей – и радостные, и причиняющие боль – снова отходят на задний план, однако сохраняют свою бессознательную активность.

Сразу после родов и в течение первого года жизни ребенка молодым родителям нужна дополнительная помощь, так как многие вопросы, которые ставит ними ребенок, возникают совершенно неожиданно и требуют неотложного решения. Часто родители обращаются в амбулаторию только тогда, когда их трудности с кормлением, сном, общением уже доходят до определенного предела, то есть когда младенец, например, кричит в течение многих недель по многу часов в день и его невозможно успокоить. Родители нередко приходят к врачу уже когда находятся на стадии психической декомпенсации. Чтобы иметь возможность как можно раньше начинать лечение таких состояний и предлагать родителям помощь при появлении самых первых ощущений раздражения и бессилия, родителей с младенцем в течение первого года жизни малыша должна поддерживать превентивная программа.

Содержание программы SAFE®

С учетом вышесказанного была разработана первичная профилактическая программа под названием «SAFE® – Программа надежности для родителей», целями которой являлись содействие развитию надежной привязанности между родителями и ребенком, предотвращение возникновения нарушений привязанности и особенно недопущение передачи травматического опыта из поколения в поколение. По этой причине было выбрано и название SAFE®, в которое символически заложен смысл, что развитие должно быть надежным и безопасным как для родителей, так и для ребенка. В аптеках, в приемных врачей-специалистов (гинекологов, детских врачей), в центрах семейного обучения, в женских консультациях, куда приходят на прием беременные, выкладываются флаеры и информационные материалы; кроме того, в прессе размещаются объявления, информирующие родителей об этой превентивной программе и агитирующие принимать участие в работе новых групп SAFE®. Существуют различные модели финансирования, которые зависят от того, где проводятся группы SAFE® и кто их организует. Частично группы SAFE® организуются и предлагаются через центры семейного обучения или женские консультации (для беременных), а финансирование осуществляется через дотации, так что самим родителям нужно заплатить лишь небольшой взнос за участие в работе группы. Однако иногда такие группы организуются акушерками и психотерапевтами, имеющими разрешение на частную практику, которые получают от родителей условленное вознаграждение в виде гонорара. Как правило, группы проводятся совместно ведущим (мужчиной или жен-

щиной) и соведущим в течение всей беременности и до конца первого года жизни ребенка.

Программа SAFE® состоит в общей сложности из 4 модулей.

Модуль I включает пренатальные, а также постнатальные родительские группы, в рамках модуля II проводятся пренатальный видеотренировка чувствительности, модуль III состоит из индивидуальной горячей линии с консультациями, в модуле IV родителям при необходимости предлагаются индивидуальные консультации, центрированные на травме, вплоть до психотерапии.

При этом группа, в которую входят родители, находящиеся на одинаковых стадиях беременности, сама образует важную поддерживающую структуру. Благодаря большой длительности курса – от 20-й недели беременности до конца первого года жизни ребенка – возникают интенсивные групповые силы сцепления. Родители могут индивидуально воспользоваться техникой видеозаписи для получения обратной связи, психотерапией травмы, а также горячей линией. Таким образом, SAFE® сочетает в единой превентивной программе групповые эффекты (с использованием групповой терапии) и индивидуальную помощь (с возможностями индивидуальной терапии).

Модуль I

Пренатальные родительские группы. В пренатальном модуле родительские группы встречаются по воскресеньям 4 раза во время беременности, начиная примерно с 20-й недели, а затем на 24-й, 28-й и 32-й неделе беременности. Программа начинается заблаговременно, в момент, когда, как правило, ультразвуковая диагностика пороков развития уже завершена и тем самым не должно быть больших сомнений в наличии и продолжении беременности. Подтвердилось предположение, что воскресенье – прекрасный день для проведения курсов, так как именно по воскресеньям пары будущих родителей, особенно отцы, могут расслабиться и участвовать в занятиях с бóльшей мотивацией, чем в будние дни. Содержание пренатального модуля охватывает широкий спектр информации и предусматривает обмен мнениями в группе, например, о компетенциях младенца и родителей, об ожиданиях родителей (например, о том, какими должны быть идеальный малыш, идеальная мать, идеальный отец), о фантазиях и страхах родителей, а также о пренатальном развитии привязанности.

Кроме того, родители еще до начала курса изучают методики саморегуляции и релаксации, чтобы иметь возможность лучше справляться со стрессовыми ситуациями во время беременности и после родов. Из научных исследований известно, что страхи и стрессовые переживания во время беременности могут отрицательно сказываться как на эмоциональной готовности будущих матерей к тому, чтобы настроиться на малыша и установить с ним дородовую привязанность, так и на самом младенце, его раздражительности и толерантности к стрессу. Родители смогут целенаправленно использовать изученные

еще до родов техники саморегуляции и релаксации, когда возникнут стрессовые ситуации в развитии малыша, которые, как правило, рано или поздно случаются во всех семьях с детьми. Но пока младенец еще получает все необходимое, находясь в животе матери, у родителей есть достаточно времени и внутренней готовности, чтобы овладеть такими методами расслабления. А когда ребенок уже появился на свет и требует от родителей внимания и днем, и ночью, они совсем лишаются покоя и им уже не до изучения новых способов расслабления.

Постнатальные родительские группы. После родов занятия родительских групп продолжаются в виде однодневных воскресных семинаров, которые планируются на 1-й, 2-й, 3-й, 6-й, 9-й и 12-й месяц жизни малыша. Тем самым родители получают поддержку в самое трудный период развития ребенка, включающий также адаптацию и перестройку семейной или партнерской общности и развитие новых отношений втроем вместе с малышом.

И в постнатальный период групповое сцепление также оказывается полезным фактором, так как все родители вовлечены в сходный процесс развития. Некоторые участники группы встречаются не только по воскресеньям, когда проводятся групповые занятия, но и в другое время, чтобы обменяться опытом и провести совместные мероприятия вместе со своими детьми. Таким образом возникает группа родителей-сверстников, которые начинают оказывать друг на друга стабилизирующее влияние еще до рождения ребенка. Этот положительный эффект становится еще более интенсивным после рождения ребенка. Содержание работы в группе касается проработки переживаний, связанных с самим событием родов, опыт которых не всегда бывает положительным. Иногда в экстренных случаях приходится делать кесарево сечение, бывают и преждевременные роды, так что порой возникает необходимость в более интенсивной групповой и индивидуальной психотерапевтической помощи, чтобы в развитии отношений между родителями и ребенком не было место страху. Непроработанные переживания, связанные с родами, могут отрицательно сказаться на социальном взаимодействии между родителями и ребенком и на становлении их привязанности. Кроме того, благодаря заблаговременному групповому психотерапевтическому сопровождению, можно предотвратить также и послеродовую депрессию, которой, по данным лонгитюдных исследований, страдают примерно 12–15% всех матерей.

После рождения ребенка к проблематике групповой работы добавляются также родительские компетенции, триангуляция между матерью, отцом и ребенком, интеракционные трудности с кормлением, грудным вскармливанием, сном, а также построение эмоциональных отношений. Родители берут своих малышей с собой на занятия, так что можно непосредственно наблюдать поведенческое проявление привязанности родителей и ребенка, а также исследовательское поведение младенца в группе и учиться на положительных примерах.

Модуль II: Видеотренинг

Еще до родов пришедших на занятия супругов с помощью видеороликов, на которых записан процесс взаимодействия родителей с ребенком в самых разных ситуациях, учат воспринимать сигналы младенцев; тем самым их побуждают задуматься о возможных интерпретациях, а также о подобающей немедленной реакции. Этот интеракционнный видеотренинг позволяет родителям на конкретных примерах кормления, грудного вскармливания, пеленания, а также игры и диалога между родителями и ребенком приобрести первый опыт и чутко настроиться на сигналы младенца.

В постнатальный период делаются также и индивидуальные видеозаписи родителей и их младенца с социальным взаимодействием при пеленании, кормлении, грудном вскармливании, игре. Эти видеосцены обсуждаются как с матерью, так и с отцом в индивидуальном тренинге с обратной связью. Его цель – теперь уже на реальном опыте общения с младенцем научить родителей лучше распознавать его индивидуальные сигналы, правильно интерпретировать их, а также подобающим образом быстро на них реагировать. Раздражение и эмоциональные трудности родителей, а также неверные интерпретации и проекции, основанные на истории собственного детства, можно распознать и обсудить довольно рано, уже на этой стадии, а затем при необходимости провести коррекцию. Если родители согласны, их индивидуальные видеозаписи с младенцем могут быть использованы в группе как материал для тренинга с обратной связью для всех участников. Чаще всего родители готовы предоставлять группе эти записи с интеракционными формами поведения; с одной стороны, все присутствующие могут научиться чему-то полезному на положительных примерах социального взаимодействия, а с другой, демонстрация трудностей и «недоразумений» помогает родителям развивать альтернативные формы интерпретации поведения ребенка и планировать собственные, более адекватные приемы действий в подобных ситуациях. Поскольку к этому моменту в группе уже устанавливаются отношения доверия, то, как правило, не бывает больших проблем с тем, чтобы очень открыто говорить о своих страхах, опасениях и интеракционных трудностях.

Модуль III: Горячая линия

Еще одна форма интервенции – это *горячая линия*. Именно после родов довольно часто возникают трудности адаптационного толка (например, с засыпанием). В этот период родители впервые в жизни попадают в трудную ситуацию, когда их младенец не хочет лежать в своей кроватке и часами плачет, а они никак не могут успокоить его или найти причину такого крика, который невозможно ничем остановить (Brisch, 2007c). Из клинического опыта известно, что в этих ситуациях, сопряженных с сильным стрессом, родители слишком поздно обращаются за помощью. В самом худшем случае они приходят в дет-

скую клинику уже тогда, когда дело дошло до применения насильственных действий к кричащему младенцу.

Горячая линия дает родителям возможность звонить руководителям групп SAFE® и получать от них конкретный совет или поддержку. Большое значение здесь имеет то, что специалист, до которого можно дозвониться по горячей линии, знаком родителям по групповым сеансам, проводившимся еще до рождения их младенца, и между ними уже возникли доверительные отношения (Brisch, 2000). Частота, с которой родители пользуются горячей линией, сильно разнится как в отдельно взятой паре родителей, так и от одной родительской пары к другой в зависимости возникновения кризисных или трудных ситуаций, предсказать которые заранее очень сложно. Предлагаемые по телефону интервенции очень прицельны, поскольку индивидуальная история родителей и их ресурсы, а также их особые риски и трудности хорошо известны руководителю группы по предшествующим дням семинаров, а также из «Интервью о привязанности для взрослых» (см. следующий раздел). Как правило, способности родителей воспринимать и интерпретировать сигналы младенца оценивались и формировались с помощью видеотренинга еще до родов. На основании видеозаписей, на которых запечатлены сами родители с их младенцем, например, при пеленании и кормлении, была получена достоверная информация о родительских компетенциях и ресурсах, так что при звонке на горячую линию имеется возможность дать быструю консультацию и спланировать целенаправленную интервенцию. Если родители проецируют на своего малыша свои собственные неосознанные страхи и ожидания и именно это является причиной интеракционного нарушения, такие проблемы можно распознать уже на ранней стадии и проработать их в рамках терапии родителей и младенцев (Brisch, 1995, 2004b; Bakermans-Kranenburg et al., 1998; Beebe, 2000; Bodeewes, 2002; Kühle et al., 2001; Papoušek, 2000; Zelenko & Benham, 2000; Schmücker et al., 2005).

Цель всей программы SAFE® – добиться, чтобы по окончании первого года жизни ребенка как можно больше детей тех родителей, которые принимали участие в группе SAFE®, проявляли паттерны надежной привязанности, а опыт родительских травм не повторялся при воспитании младенца.

Модуль IV: Индивидуальная психотерапия травмы

Со всеми родителями проводится «Интервью о привязанности для взрослых» (AAI). Специфическая цель этого интервью – определить отдельно для будущей матери и для будущего отца, какие ресурсы привязанности и какой травматический опыт (который, возможно, еще остается неразрешенным) привносятся ими в отношения со своими детьми. Опыт работы показывает, что примерно у 30% родителей наблюдается такой неразрешенный травматический опыт, из-за которого им требуется *индивидуальная психотерапия травмы*.

Особое значение имеет этот *неразрешенный* травматический опыт, потому что, как показывают клинические наблюдения, своим поведением дети могут

невольно вызвать у родителей травматические воспоминания и соответствующие аффекты. Они подобны «привидениям в детской комнате» (Fraiberg et al., 1975), которые появляются как незваные гости. Так, например, плач ребенка, поиск им нежности могут вызвать у родителей приступы гнева, а требования близости и контакта со стороны ребенка могут вызвать в памяти матери или отца их собственный неразрешенный травматический опыт. Если это происходит неконтролируемо и неосознанно, родители могут внезапно оказаться на воображаемой сцене, где их ребенок становится основным действующим лицом и жертвой в старом травматическом спектакле, в котором ему отводится роль, которой он сам себе не выбирал. Например, он может стать мишенью и экраном, на который проецируются жестокие фантазии, а в худшем случае дело даже может дойти до реального повторения опыта насилия, когда мать или отец непреднамеренно трясут ребенка. Такие травматические реинсценировки, часто непродолжительные по времени, могут повлечь за собой фатальные последствия, так как, например, из-за кровоизлияния в мозг или в глаз после полученной из-за тряски травмы ребенок может на всю жизнь остаться инвалидом.

Если в интервью о привязанности выясняется, что у родителей есть такой собственный непроработанный травматический опыт, мы указываем им на то, что этот опыт представляет собой определенный фактор риска для развития ребенка и для отношений между родителями и ребенком. Может получиться так, что в какой-то момент родители повторят собственный травматический опыт со своим ребенком, продолжая порочный круг передачи пережитого ими самими насилия следующему поколению.

Особая цель программы SAFE® – разорвать этот порочный круг. Если родителей удается мотивировать на такую работу, то мы можем вместе с ними начать улучшать их психическую ситуацию еще в период беременности, целенаправленно применяя техники стабилизации из психотерапии травмы. После родов есть возможность помочь родителям на индивидуальных психотерапевтических сеансах, прорабатывая травматические переживания с использованием современных методов, например метода «Десенсибилизации с помощью движений глаз» (Eye Movement Desensitization Reprocessing, EMDR). Именно этот компонент программы SAFE® направлен на предупреждение нарушений привязанности путем недопущения повторения пережитой травмы.

Обучение наставников по программе SAFE®

Чтобы участвовать в продвижении программы, есть возможность пройти обучение при детском госпитале им. д-ра Хаунера в Мюнхене и стать наставником по SAFE® (информацию см. по адресу http://hauner.klinikum.uni-muenchen.de/dt-psy.htm). В будущем планируется создание региональных учебных групп. В принципе пройти такое обучение и стать наставниками по SAFE® могут представители всех профессиональных групп, работающих с беременными женщинами, родителями и их младенцами, например консультанты по бере-

менности, акушерки и консультанты по грудному вскармливанию, медсестры, акушеры-гинекологи, психологи, детские врачи, детские и юношеские психотерапевты, врачи-логопеды, логотерапевты и другие. Решающим для работы в группах SAFE® является чуткое отношение к нуждам беременных, родителей и родителей с младенцами, а также наличие конкретного опыта повседневной профессиональной практической работы с этой целевой группой.

Обучение на наставника по программе SAFE® включает трехдневный семинар с занятиями в течение целого дня и дополнительные дни практики, продолжительность и интенсивность которой может быть различной в зависимости от имеющегося практического опыта участников. Затем наставники организуют группы SAFE® по месту своей работы. По форме руководства группой наставники отдают предпочтение работе в паре: один выступает в качестве ведущего, другой – соведущего. Такая модель руководства предполагает, что один наставник доносит до слушателей содержание материала, в то время как другой наблюдает за процессами групповой динамики и направляет деятельность группы.

Оценка и научные исследования результативности программы SAFE®

На пилотной стадии реализация программы SAFE® прошла очень хорошо. Теперь проводится рандомизированное лонгитюдное исследование, которое оценивает групповую интервенцию по программе SAFE® в сравнении с традиционной подготовкой к беременности и родам и с сопровождением грудного вскармливания. Члены контрольной группы встречаются на семинарах с такой же продолжительностью и частотой, как и группа SAFE®, так что можно исследовать эффекты различных интервенций. Контрольная группа состоит из родителей, которые в тот же промежуток времени, что и группа SAFE®, – до конца первого года жизни их младенца – встречаются на воскресных семинарах, длящихся целый день. В группе SAFE® и в контрольной группе в одни и те же временные срезы с помощью различных видеозаписей оценивают социальное взаимодействие мать – дитя и отец – дитя при пеленании, кормлении, а также в игре; кроме того, в конце первого года жизни исследуется развитие привязанности младенцев и делаются соответствующие выводы.

Дополнительно с помощью анкет собираются пре- и постнатальные данные, со всеми родителями проводятся «Интервью о привязанности для взрослых». Как у матерей, так и у отцов до и после таких интервью, а также у детей до и после изучения типа привязанности, измеряются физиологические параметры стресса на основании содержания гормона стресса (кортизола) в слюне.

Специальные программы SAFE®

На сегодняшний день программа SAFE® была модифицирована и расширена для различных групп и вариантов применения, например:

- для родителей с недоношенными детьми, с приемными и взятыми на воспитание детьми;

- для родителей, испытывающих многочисленные трудности и перегрузки;
- для домов матери и младенца, особенно для юных матерей;
- для групп матерей с младенцами в местах лишения свободы;
- для беременных с риском развития послеродовой депрессии;
- для персонала, ухаживающего за младенцами в яслях полного дня.

В разработке находятся и варианты применения этой программы для родителей с психическими заболеваниями, с болезнями зависимого поведения, а также для родителей после искусственного оплодотворения. Родители, занимавшиеся по программе SAFE®, разрабатывают программу «SAFE® для школы», в которой основные положения SAFE®, основанные на привязанности, должны быть преобразованы и адаптированы для школы. В будущем здесь наверняка откроются и другие возможности, потому что основная концепция SAFE® может быть очень хорошо реализована в разных сферах.

Выводы

Основная цель превентивной программы SAFE® – поддерживать и поощрять как можно больше родителей, чтобы их дети могли сформировать надежную привязанность к ним. Благодаря программе SAFE® должно быть достигнуто такое положение, когда родители, несмотря на собственный болезненный и даже травматический опыт, становятся эмоционально доступными для сигналов своих детей и могут чутко реагировать на них.

Программа SAFE® начинается еще во время беременности и продолжается до конца первого года жизни младенца. В ней используются как групповые терапевтические приемы, так и возможности индивидуального психотерапевтического консультирования вплоть до психотерапии травмы. Таким образом, в программе сочетаются результаты группового и индивидуального консультирования и терапии. Для родителей есть возможность с помощью индивидуальной психотерапии травмы сломать паттерн пережитой ими самими травматизации, особенно насилия, чтобы не передать его детям. Горячая линия дает ощущение уверенности и надежности при возникновении интеракционных трудностей в повседневной жизни и обеспечивает связь «по прямому проводу» с компетентными наставниками, которые могут быстрее реагировать на «крики о помощи» родителей, потому что уже знают их историю.

Программа SAFE® открыта для всех родителей – и матерей, и отцов, а также матерей-одиночек и отцов-одиночек. Она предлагается не только так называемым «родителям из группы риска», так как из клинического опыта известно, что травматизированные родители встречаются во всех социальных слоях. Именно родителям из среднего и верхнего слоев общества бывает особенно трудно говорить о своем травматическом опыте и доверить кому-то свои переживания. Однако для них существует опасность передачи собственного травматического опыта своим детям через реинсценирование. Благодаря принципиальной открытости программы SAFE® для родителей из всех слоев

общества имеется возможность привлечь под ее крыло представителей разных социальных групп с самыми разными психическими проблемами.

Очевидно, что проведение воскресных семинаров для родителей дает возможность привлечь в работу группы SAFE® и отцов. Сформировалось представление, что раннее обращение (во время беременности), когда родители еще заняты своим индивидуальным развитием, будущим материнством, отцовством и вхождением в роль родителей, а трудности, связанные с заботой о младенце, еще не вышли на первый план, повышает мотивацию к участию в группе SAFE®. Благодаря включению родителей в полуторагодичный индивидуальный и групповой терапевтический процесс укрепляется надежность и обязательность участия.

Мы ожидаем, что программа SAFE® может быть хорошо принята многими родителями также и потому, что благодаря участию в родительской группе они не будут чувствовать своей неполноценности. Если благодаря наставникам программа SAFE® найдет большее распространение (а именно к этому мы и стремимся), то в будущем максимальное количество детей могло бы построить надежную эмоциональную привязанность к своим родителям, тем самым обеспечив себе важную основу для дальнейшего социального, эмоционального и когнитивного развития.

Дополнительную информацию по программе можно получить на Интернете по адресу: http://www.safe-programm.de. Предусмотрена возможность задать вопросы по электронной почте.

Профилактика с помощью программы «B. A. S. E.® – Наблюдение за младенцами в дошкольных учреждениях»

Цель этой превентивной программы – профилактика агрессивных и тревожных расстройств поведения у 3–6-летних детсадовских детей посредством развития чуткости и улучшения способности к эмпатии. Те дети, у которых способность к эмпатии выражена слабо или отсутствует вовсе, в конфликтных ситуациях ведут себя более агрессивно по отношению к сверстникам, и у них чаще диагностируется ненадежная привязанность (Parens, 1989, 1993a, b; Parens, Kramer, 1993; Parens et al., 1995; Suess et al., 1992). Детям, у которых после ранней травматизации развилось нарушение привязанности, бывает крайне трудно поставить себя на место других, понять мир их чувств и мыслей (Fonagy, 1998a, b, 2003a, b).

Развитие способности к эмпатии и повышение уровня саморефлексивной компетентности должно привести к тому, что дети больше не будут вести себя по отношению к другим ни враждебно, ни боязливо, поскольку они станут лучше понимать их намерения, чувства и замыслы. Дети в детсадовской группе должны вести себя более коллективистски, просоциально и вообще более творчески и внимательно, а нарушения поведения, такие как агрессивность, невнимательность, гиперактивность и оппозиционное поведение, напротив, должны отойти на задний план.

Содержания программы B. A. S. E.®

В этой программе, основанной на работах Генри Паренса (Parens, Kramer, 1993), 3–6-летние дети в течение примерно одного года наблюдают за матерью с ее младенцем. Для единственных детей в семье это первая и часто последняя возможность непрерывно наблюдать за «вехами в развитии» младенца в течение всего первого года жизни. Мать впервые приходит в детскую группу со своим младенцем, когда ему исполняется всего несколько недель. Она дает возможность детсадовским детям, сидящим на стульчиках, поставленных в круг, наблюдать за собой и своим младенцем. Такая форма сочувственного интеракционного наблюдения может начинаться после родов и продолжается примерно до конца первого – начала второго года жизни ребенка. Когда младенец начинает самостоятельно ходить и произносить первые слова, мать прощается с этими детьми.

Как правило, мать со своим младенцем приходит в детский сад раз в неделю, и наблюдение за ними ведется примерно в течение 20–30 минут. При этом детям даются инструкции по наблюдению за матерью и ребенком. Обычно за группой присматривает одна воспитательница, в то время как другая руководит наблюдением. О ходе наблюдения ведется протокол. При этом воспитательница обращает внимание на различные аспекты поведения матери и ребенка: дети под ее руководством описывают, что делает с младенцем мать, что в то же самое время предпринимает младенец, как они оба влияют друг на друга в своем социальном взаимодействии. После этого – или одновременно – дети задумываются над мотивацией действий матери и ребенка. Третий уровень наблюдения – эмоциональный: дети вчувствуются в эмоциональное состояние матери и младенца и должны ответить на вопросы о том, как мать и младенец чувствуют себя в эмоциональном плане при той или иной форме их взаимодействия. Последний уровень наблюдения за младенцем – это уровень эмпатии. Здесь детям нужно ответить на вопрос, как бы они себя чувствовали и какие эмоции они бы испытали, если бы в своей фантазии попробовали поставить себя на место матери или младенца.

Результаты пилотного исследования

В проспективном рандомизированном исследовании, проведенном с контрольной группой, в одном детском саду были оценены отклонения в поведении детей (N=50) *до* наблюдений за младенцем и *через год после этого*. Как воспитательницы, так и родители наряду с другими анкетами заполняли и так называемый Контрольный перечень вопросов о поведении ребенка (Child-Behavior-Checklist – CBCL; Achenbach, 1991), с помощью которого можно измерить отклонения в поведении. Потом сравнили между собой результаты до начала и через год после наблюдений за младенцем. Были обнаружены существенные различия между контрольной группой и группой, в которой проводилась интервенция. В целом у мальчиков и девочек в группе, в которой проводилась

интервенция, по сравнению с контрольной группой, были обнаружены положительные изменения, касавшиеся как внешних, так и внутренних аспектов поведения. Как мальчики, так и девочки через год вели себя, по оценке воспитательниц и родителей, менее агрессивно, проявляли больше внимания к другим детям и реже демонстрировали оппозиционное поведение. Кроме того, оказалось, что и мальчики, и девочки стали также менее боязливыми и депрессивными, не так быстро бросали свои занятия, были менее эмоционально реактивными в конфликтных ситуациях. По оценке воспитательниц, девочки в группе, где проводилась интервенция, явно меньше жаловались на физические недомогания (о мальчиках этого нельзя было сказать) и, по оценке их родителей, у них также было меньше нарушений сна. Мнения воспитательниц и родителей относительно положительных изменений в основном совпадали. В контрольной группе таких изменений обнаружить не удалось.

Дополнительную информацию по программе и контактам можно получить на сайте в Интернете по адресу: http://www.base-babywatching.de.

СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Системная семейная терапия уделяет много внимания тем незримым связям и отношениям лояльности, которые существуют между членами семьи. В своем практическом применении эта терапия в значительной степени базируется на понятиях привязанности и автономии.

Боулби (Bowlby, 1949) еще в молодые годы занимался проблемами семейной терапии и отметил, что при психотерапевтическом лечении детей необходимо рассматривать и учитывать отношения, существующие как между родителями, так и между всеми остальными членами семьи. Эта мысль получила свое дальнейшее развитие, так что все социальные взаимодействия внутри семьи стали интерпретироваться с позиции теории привязанности (Sroufe, Fleeson, 1988).

Бинг-Холл (Byng-Hall, 1991; Byng-Hall, Stevenson-Hinde, 1991) рассматривает различные отношения привязанности внутри семьи с точки зрения так называемого «семейного скрипта», который в принципе охватывает разные рабочие модели членов семьи в диадах и их соответствующие пересечения. Термин «семейный скрипт» описывает изменения в отношениях привязанности между членов семьи и касается как способа распределения ролей для получения и оказания помощи и поддержки внутри семьи, так и уровня ментальной репрезентации этих процессов и их влияния на соответствующие ожидания относительно поведения привязанности в семье. Особой задачей диагностики является поиск ответов на вопросы о том, исключены ли отдельные члены семьи из этой системы привязанностей и достигает ли кто-нибудь своей надежной привязанности за счет других.

Здесь особую важность приобретает понятие «парентификация». Оно означает, что родители используют ребенка как «надежную базу» для самих себя

и, таким образом, ребенок вынужден подавлять свои собственные потребности в привязанности к родителям.

Дети могут также брать на себя функцию «регуляторов» степени удаленности и близости в отношениях между родителями, если в их супружеской общности возникли трудности; так, например, образованием симптома дети поддерживают отношения привязанности родителей, поскольку им приходится вместе заботиться о больном ребенке. Понятно, что в таких условиях родители не разрешат ребенку исполнить его желание автономии с целью внесемейной исследовательской деятельности.

Если семья в кризисной ситуации ищет помощи и приходит на первый сеанс семейной терапии, то система привязанности каждого отдельного члена семьи находится в активном состоянии, что проявляется через взаимодействие внутрисемейных паттернов привязанности. В такой ситуации семейному терапевту бывает трудно получить доверие каждого члена семьи, которое является условием успешной терапевтической работы. Если же терапевту все-таки удается сделать это, то повышаются шансы на то, что на терапевтическом сеансе семья успешно включится в процессы эмоциональных изменений, а сам терапевт станет частью расширенной семейной системы привязанности.

Для интенсификации этого начального процесса формирования привязанности между членами семьи и терапевтом Бинг-Холл (Byng-Hall, 1991) предлагает выделить достаточно времени для первого сеанса (примерно 2 часа и больше), а также видеть семью еженедельно на первой стадии лечения. Когда терапевтическая привязанность возникнет, промежутки между приемами можно увеличить.

Основная задача терапии – способствовать тому, чтобы семья смогла принять для себя такой сценарий, который несет в себе признаки «системы с коррекцией цели». Под этим подразумевается, что, с одной стороны, в рамках семейной системы каждый член семьи может испытывать потребности в близости, безопасности и в защищенности, а с другой, также в том, чтобы семья давала каждому отдельному своему члену возможность сепарации и исследовательской деятельности внутри и особенно вне семьи.

Уже в течение многих лет проводятся обширные фундаментальные исследования, посвященные важной роли привязанностей внутри семейной системы как целого (Stevenson-Hinde, 1990). Можно предположить, что их результаты отразятся на будущих исследовательских проектах, например по предупреждению внутрисемейного насилия (Byng-Hall & Stevenson-Hinde, 1991).

ПРИВЯЗАННОСТЬ И ГРУППЫ

Кроме диадической привязанности, дети, особенно несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет, формируют также привязанности к различным группам, которые дают им важное ощущение надежности и уверенности, когда речь идет о сепарации.

Для *надежной групповой привязанности* характерно следующее: вся группа представляет собой для отдельного ее члена надежную эмоциональную гавань, в которую он может зайти, не испытывая страх и тревогу. При этом группа является также исходным пунктом для его исследовательского поведения либо вместе со всеми ее членами, либо в одиночку, когда он движется по направлению из группы, изучает окружающий мир или пугающие его ситуации. Он живет уверенный в том, что если будет испытывать страх и тревогу или если окажется в опасности, то в любое время сможет вернуться в группу и найти там защиту, и это уменьшает его страх и тревогу.

Ненадежно-избегающая групповая привязанность характеризуется тем, что член группы с удовольствием пользуется ею для осуществления совместной полезной деятельности и исследования окружающего мира, однако эмоциональные отношения в группе вызывают скорее страх, и поэтому он их избегает. Для *ненадежно-амбивалентной групповой привязанности* свойственна интенсивная смена групповой активности и индивидуальных действий. Покидая группу, отдельный ее член чувствует себя скорее неуверенно, и тогда он снова ищет убежища и спасения вблизи группы, так что получается амбивалентное поведение с метанием между близостью к группе и ее избеганием.

Психопатология групповой привязанности

Дезорганизованная групповая привязанность характеризуется тем, что группа, с одной стороны, вызывает сильный страх, но в то же время воспринимается все-таки как меньшая угроза, чем диадические отношения привязанности. Группа дает отдельным ее членам больше возможностей для освобождения от страха, а также больше пространства для действий и поступков (что важно, например, для людей с пограничным личностным расстройством), и этими возможностями активно пользуются. Встречаются все варианты патологии поведения, какие только известны у пациентов с пограничным личностным расстройством: от внезапного разрыва отношений с другими членами группы или со всей группой до сексуальных отношений в группе и проявления там бурных, в том числе враждебных агрессивных аффектов, а также идеализации группы как места абсолютной защиты, безопасности, надежности и всемогущества (Brisch & Hellbrügge, 2009; Brisch, 2009a).

Групповая психотерапия

По Лихтенбергу (Lichtenberg, 1989), существует отдельная мотивационная система привязанности к группе. Эта мысль не нова, однако ей уделяют слишком мало внимания по сравнению с ее значимостью. По статистике, в настоящее время групповой психотерапией охвачено слишком мало пациентов амбулаторной директивной психотерапии, в частности, по причинам юридического характера, относящимся к законам в области медицинского страхования. Это тем более прискорбно, что процесс формирования человеческой привязанности происходит не только в диаде, но и, как уже было сказано, в группе, сна-

чала к семье, затем к более крупной системе расширенной семьи и, наконец, к группе в жилом комплексе или по месту жительства, вплоть до государства. Результаты многих социальных исследований позволяют предположить, что человек – это изначально групповое существо. Поэтому необходимо пропагандировать групповую психотерапию, в основе которой лежат положения теории привязанности, в сочетании с индивидуальной терапией или как ее продолжение. Этот подход часто бывает интегрирован в терапевтические стационарные сеттинги, однако при амбулаторном лечении он, к сожалению, до сих пор реализуется слишком мало. В групповом психотерапевтическом процессе часто можно наблюдать, что приходящие в группу новые пациенты лишь после определенной «стадии разогрева» и очень постепенно начинают ощущать себя принятыми другими членами группы; они должны сначала почувствовать свою безопасность в группе, прежде чем эта группа как некая «материнская матрица» станет для них поддерживающим репрезентантом, дающим чувство надежности, безопасности и уверенности. Лишь в таких условиях пациенты смогут эмоционально открыться в группе, исследовать себя и пугающие их темы.

Классический аналитический сеттинг групповой психотерапии, в котором, например, много молчат, а психотерапевт ведет себя очень сдержанно, вплоть до невмешательства, мало подходит для того, чтобы на стадии организации новой группы или присоединения к ней новых пациентов подготовить почву для формирования у всех членов группы надежной групповой матрицы с чувством, что «это моя группа, я принадлежу к ней, здесь я свой» (Schain, 1989).

ПЕДАГОГИКА

Положение теории привязанности о взаимосвязи привязанности и исследовательской деятельности может быть с пользой применено в образовательной сфере. В оптимальных условиях установление хороших отношений с учителем или учительницей может не только компенсировать возможные дефициты привязанности ребенка к первичному значимому лицу, но и усилить его любознательность и повысить готовность к учебе. Знание теории привязанности может помочь педагогам лучше понять интеракционные процессы, происходящие как между ними и отдельными учениками, так и внутри класса как целого.

Хотя в начальной школе постоянный учитель является для учеников важной фигурой, к которой они формируют привязанность, значимость какого-то отдельного учителя снижается после перехода ребенка в среднюю школу из-за большого числа учителей-предметников. В этой связи становится понятно, почему у учеников при переходе в новую школу, которая вызывает у них тревогу и страх, появляется психическая декомпенсация, а из-за этого и отставание в успеваемости: они не могут найти необходимой эмоциональ-

ной безопасности и надежности, которые являются предварительным условием для оптимальной учебы (Geddes, 2009).

Ученик, который чувствует себя защищенным в группе и с учителем, сможет более успешно настроиться на учебный процесс. К сожалению, наша нынешняя школьная система, да и вообще все наше общество организованы и устроены в значительной степени по принципу избегания привязанности. Ребенок, не слишком общительный, завязывающий мало отношений привязанности и ориентированный на достижение результатов – вот тот образцовый ученик, который обычно получает максимум поощрений. Учителя нередко считают, что они смогут предохранить себя от «неприятностей», если в классе они «сосредоточатся лишь на учебном материале» и будут держать учеников на дистанции и стараться избегать их привязанности. Такой подход и скорее всего не приведет к проблемам с учениками, имеющими избегающий тип привязанности, но все остальные ученики, которые ищут близких отношений с учителем, а особенно дети с амбивалентной привязанностью, будут требовать от учителя большего внимания к себе и большей эмоциональной связи. Правда, делать это они будут не напрямую или в словесной форме, а окольными путями, например, нарушая дисциплину (см. об этом пример из практики, касающийся «агрессивности», часть 4, глава «Нарушения привязанности в школьном возрасте»).

В отношении педагогически ориентированной терапевтической работы с детьми и подростками действуют те же принципы, которые были сформулированы для психотерапии, основанной на теории привязанности. Их нужно только адаптировать к сеттингу с учетом конкретных условий и при необходимости модифицировать.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В принципе, теория привязанности может быть полезна при любой симптоматике, картине болезни или терапевтического подхода. Так как привязанность нужно рассматривать как базовую мотивацию, а ее развитие представляет собой процесс, длящийся всю жизнь, при лечении любого пациента необходимо, по крайней мере, задуматься над возможностью нарушения в системе привязанности. Это, конечно, не значит, что каждое заболевание сопровождается нарушением привязанности. Разумеется, основной фокус нарушения может находиться и в других мотивационных сферах (Lichtenberg et al., 1992). Здесь я хочу лишь еще раз упомянуть о нарушениях в системе мотивации групповой привязанности или в системе базовых физиологических потребностей. Точно так же нарушения могут лежать в системе сексуальной мотивации и сексуальных потребностей, что Фрейд считал первичным фокусом расстройств и конфликтов и что до сих пор рассматривается как суть психоанализа. Аналогичные соображения касаются также нарушений, связанных с деструктивным агрессивным поведением.

В данной книге я попытался показать, как теория привязанности может быть использована на практике в терапевтической работе. Примеры случаев из практики должны послужить иллюстрацией терапии, основанной на привязанности. Причем саму теорию привязанности и ее практическое применение в терапии нельзя рассматривать как некую «панацею». Теория привязанности не может также объяснить причины всех нарушений. Однако она рассматривается как фундаментальная теория, хорошо подтвержденная научными исследованиями и описывающая человеческую мотивацию, которую необходимо анализировать во всех терапевтических процессах и обязательно учитывать при соответствующем нарушении привязанности. Разумеется, при других видах терапии могут быть поставлены совершенно другие задачи и по-другому расставлены приоритеты, а другие расстройства могут быть объяснены с точки зрения самых разных терапевтических моделей.

Поэтому терапия, основанная на привязанности, не должна заменять другие терапевтические подходы. Она задумана скорее как дополнение, дающее возможность лучше объяснить некоторые формы поведения пациентов и, как следствие, предложить новые терапевтические техники.

Все еще остается открытым вопрос о том, можно ли встроить в основанную на привязанности терапию намеченные здесь в общих чертах «превентивные» и другие возможные расширения теории привязанности. Тут потребовалось бы не столько основать новую школу терапии, но, совершенно в духе Боулби, так интегрировать мышление, основанное на теории привязанности, в профилактику и терапию, чтобы воспринимать привязанность как некую самоочевидную основополагающую межличностную мотивацию во всех, а не только в терапевтических, контактах и отношениях.

До сих пор существует мало стандартных критериев для отбора педагогов и терапевтов и проверки их пригодности для работы по выбранной профессии. Таким критерием отбора могла бы стать способность или потенциальная возможность вступать в отношения на почве надежной привязанности, но до сих пор важность этого критерия все еще недооценивается. Например, можно было бы провести исследование, чтобы оценить, изменилась ли за время терапевтического обучения стратегия привязанности кандидата в направлении надежной привязанности. Если этого не произошло, то стоит усомниться, сможет ли терапевт с избегающим или ярко выраженным амбивалентным типом привязанности, если он намерен работать с применением методов, основанных на привязанности, дать своим пациентам такую надежную базу привязанности, которая необходима им для выздоровления при нарушениях привязанности.

По моим наблюдениям, при направлении пациентов к различным терапевтам уже сегодня принимаются в расчет интуитивные знания о паттернах привязанности коллег; в пользу этого свидетельствует тот факт, что определенных пациентов отправляют к конкретным терапевтам, причем сам на-

правляющий коллега не смог бы четко назвать объективных причин для такого решения (Enke, 1966).

Особый интерес представляет ответ на вопрос, действительно ли с помощью лечения, основанного на привязанности, можно изменить в сторону надежности репрезентацию привязанности или внутреннюю рабочую модель пациента, измеренную до терапии. Первые эмпирические исследования этой проблемы указывают на возможность изменения репрезентации привязанности с помощью психотерапии (Fonagy et al., 1995b).

Задачей клинически ориентированных научных исследований привязанности, которые уже сейчас проводятся в некоторых клиниках и университетах, должна стать проверка терапевтических изменений, представленных в данной книге в форме случаев из практики, на предмет их широкой клинической релевантности.

Вопросы к «Интервью о привязанности для взрослых»

1. Для начала расскажите кратко о своей семье. Просто скажите, где вы родились, где жили, часто ли переезжали и чем ваши родители занимались в профессиональном плане.
   Проводили ли вы в детстве много времени со своими бабушками и дедушками?

   Возможные дополнительные вопросы:

   Умерла ли ваша бабушка/умер ли ваш дедушка со стороны отца/со стороны матери еще до вашего рождения? Сколько лет тогда было вашей матери/вашему отцу? Она часто вам рассказывала/он часто вам рассказывал о ней/о нем?
   Есть ли у вас братья и сестры? Выросли ли вы вместе со своими братьями и сестрами у своих родителей? Жили ли в вашем доме еще другие люди кроме ваших братьев, сестер и родителей?

2. Могли бы вы теперь попробовать описать мне отношения, которые у вас в раннем детстве были с мамой и папой? Лучше всего было бы, если бы вы начали с самых ранних воспоминаний.

   Если испытуемый затрудняется ответить на этот вопрос, нужно помочь ему конкретными вопросами.

   Что ваша мама делала/ваш отец делал с вами? Они играли с вами? Когда ваша мать/ваш отец были дома? Как проходили выходные? Вы занимались чем-нибудь вместе? Можете ли вы вспомнить какое-то определенное событие, связанное со своей матерью/своим отцом?

3. А теперь попытайтесь найти пять прилагательных, которые максимально точно описывают ваши отношения с матерью в вашем детстве (*в детстве и юности*). Не спешите с ответом и сначала минутку подумайте. После этого я спрошу вас, почему вы выбрали именно эти прилагательные.

Хорошо, позвольте мне задать вам еще несколько вопросов. Вы описали свои отношения с матерью как … Связаны ли с этим какие-то определенные воспоминания, приходит ли вам в голову какое-то определенное событие, подтверждающее это?

4. А сейчас поговорим о вашем отце. Попробуйте подобрать 5 прилагательных, отражающих ваши отношения с отцом в детстве. Опять не спешите с ответом, подумайте. После этого я опять спрошу вас, почему вы выбрали именно эти прилагательные.

   Уточняющие вопросы, как в пункте 3.

5. К кому вы чувствовали себя ближе – к отцу или к матери? По какой причине? (Почему у вас не было таких чувств к …?)
   Если вы сравните свое отношение к матери, с одной стороны, и к отцу, с другой, как они отличаются одно от другого?

6. Когда вы в детстве плохо себя чувствовали, что вы тогда делали? (*Пациента нужно побуждать давать собственную интерпретацию «плохого самочувствия» и лишь после этого продолжать задавать вопросы.*)
   Когда у вас в детстве было какое-то горе или было грустно, что вы делали? Приходит ли вам в голову в связи с этим какое-то определенное событие? Можете ли вы вспомнить, что происходило, когда вы в детстве причиняли себе боль или поранились? Есть ли какая-то определенная ситуация, которая припоминается вам в этой связи?
   Как это было, когда вы в детстве болели? Связаны ли с этим какие-то определенные воспоминания? *Если сообщают, что шли к родителям, нужно расспросить о деталях, которые спонтанно приходят в голову пациенту. После этого прямо переспросить, брали ли родители его/ее на руки и хотел ли ребенок телесного контакта. Если человек в своих ответах ссылался лишь на одного из родителей, нужно расспросить и о другом.*

7. Вы можете вспомнить, когда в детстве впервые расстались со своими родителями?
   Как произошло это расставание? Сколько лет вам было тогда?
   Что вы тогда чувствовали и как переживали разлуку?
   Как ваши родители реагировали на это расставание?
   Можете ли вы вспомнить еще какие-то переживания расставания?

8. Чувствовали ли вы себя отвергнутым, будучи маленьким ребенком? Здесь важно, что в детстве вы ощущали это именно так, даже если сегодня, будучи взрослым, вы, возможно, оценили бы это совсем по-другому. (*Можно привести свой или какой-либо ранее упомянутый пример, однако надо оставить достаточно времени для собственной интерпретации.*)
   Сколько лет вам было, когда вы впервые так почувствовали себя?
   Как вы отреагировали на это?

Как вы думаете, почему ваши родители вели себя так? Думаете ли вы, что ваши родители сознательно занимали такую отвергающую позицию?

9. Чувствовали ли вы когда-нибудь угрозу, исходившую от ваших родителей, возможно, когда они угрожали вам каким-либо наказанием шутки ради или по дисциплинарным соображениям?
Некоторые люди, с которыми мы проводили интервью, сообщали нам, что им угрожали, что родители их покинут или что их (тогда еще детей) прогонят из дома либо отправят куда-нибудь. Сталкивались ли вы когда-нибудь с подобными угрозами со стороны ваших родителей?
Некоторые люди рассказывали нам, что они подвергались жестокому обращению или насилию. Пережили ли вы также нечто подобное? Было ли что-то похожее в вашей семье?
Сколько лет вам было в то время? Часто ли такое происходило?
Есть ли у вас ощущение, что это событие/эти события до сих пор все еще причиняют вам много неприятностей?
Думаете ли вы, что это повлияло на вашу личность?
Повлияло ли это на манеру вашего общения с вашими собственными детьми? (*Если человек даст отрицательный ответ на этот вопрос, можно переспросить: наказывали ли родители ребенка, и если да, то как.*)

10. Как вы думаете, каким образом опыт общения с вашими родителями повлиял на вашу личность, когда вы стали взрослым?
Есть ли определенные события (аспекты), которые, по вашему мнению, препятствовали вашему развитию?

11. Есть ли у вас объяснение тому, почему ваши родители вели себя по отношению к вам именно так, как они это делали?
Были ли кроме ваших родителей еще и другие взрослые, которые были очень близки вам или которые были особенно важны для вас?
Был(а) … своего рода родительской фигурой? (Относился ли к вам кто-либо как родитель?) (*Значение/вид отношений.*)

12. Пережили ли вы, будучи маленьким ребенком, смерть какого-нибудь близкого члена семьи?
Могли бы вы мне описать подробности?
Сколько лет вам тогда было?
Как вы тогда отреагировали на эту смерть?
Были ли вы подготовлены к этой смерти, или она была неожиданной?
Можете ли вы вспомнить, как вы тогда себя чувствовали?
Изменились ли ваши чувства в отношении этой потери с течением времени?
(*Если ваши родители/братья/сестры умерли, то…*)
Какие последствия имела смерть вашей матери/отца/брата/сестры для других членов семьи и для вашей совместной жизни (*для другого родителя, для домашнего хозяйства, для бытовых условий*)?

Изменилась ли эта ситуация с течением времени?
Думаете ли вы, что эта потеря оказала влияние на вашу личность? Повлияло ли это на отношения с вашими детьми?)

(а) Потеряли ли вы в детстве еще одного важного человека?

Те же уточняющие вопросы, что и в предыдущем пункте.

(б) Были ли близкие люди, которых вы потеряли, будучи взрослым?

Те же уточняющие вопросы, что и в предыдущем пункте.

13. Произошли ли со времени вашего детства большие изменения в ваших отношениях с родителями? То есть на протяжении всего детства и до сих пор? (*В пубертатный период/бунт; примирения.*)

14. Как выглядит ваше отношение к родителям сегодня? (*Сколько контактов; причина удовлетворения/недовольства.*)

Вопросы 15–17 (*разные для испытуемых с детьми и без детей*)

С детьми

Какие чувства вы теперь испытываете, реагируя на расставания со своим ребенком?
Вы когда-нибудь переживаете за своего ребенка?
Если бы вы загадывали 3 желания для своего сына/своей дочери, когда ему/ей было бы примерно 20 лет, что бы вы для них пожелали? Я имею в виду, какое будущее вы желаете своему ребенку? Подумайте минутку об этом.
Есть ли что-то определенное, чему, как вы предполагаете, вы научились на своем детском опыте?
Чему, как вы надеетесь, когда-нибудь научится ваш сын/ваша дочь на опыте своего общения с родителями?

Если нет детей

Представьте себе, что у вас есть дети…
Как вы думаете, какие чувства возникли бы у вас при расставании со своим ребенком?
Если бы у вас были дети и вы загадывали бы 3 желанья для своего сына/своей дочери, в то время, когда ему/ей было бы примерно 20 лет, что бы вы для них пожелали?
Я имею в виду, какое будущее вы желали бы своему ребенку? Подумайте минутку об этом.
Есть ли что-то определенное, чему, как вы предполагаете, вы научились на своем детском опыте?
Если бы у вас были дети, вы бы тогда желали себе, чтобы они научились чему-то определенному на своем собственном опыте общения с родителями?

Примечания

Предисловие и введение

[1] В последние годы произошло сближение между теорией привязанности и психоанализом, что особенно проявляется в работах Фонаги (Fonagy, 2001).

[2] Оборудовать видеолабораторию удалось, благодаря содействию «Фонда почетного доктора Эмиля Александра Хюбнера и его супруги в объединении учредителей фондов поддержки Германской науки, г. Эссен».

[3] Подробную информацию можно почерпнуть из других публикаций (Goldberg et al., 1995; Parkes et al., 1991; Sprangler & Zimmermann, 1995).

[4] Далее в целях упрощения изложения, приводя общие рассуждения и высказывания, я буду говорить в мужском роде о «пациенте», «терапевте», «педагоге» и т. д. Разумеется, все эти высказывания в конкретном контексте относятся и к женщинам-терапевтам, пациенткам и т. д.

ЧАСТЬ 1
ТЕОРИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ, ЕЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

[1] В немецкоязычных странах за изменение времени посещения больных детей и за присутствие родителей в детских клиниках для ухода за своими детьми неустанно боролись Герд и Ренате Бирман.

[2] Немецкий перевод американского понятия «strange situation» – «Fremde Situation» – неудачный, но в научной литературе он широко используется.

[3] С подробным изложением теории привязанности, особенно с психометрическими данными по методам исследования привязанности, а также с результатами статистического анализа полученных данных можно ознакомиться в других источниках (Buchheim et al., 1998; Schmidt & Strau , 1996; Spangler & Zimmermann, 1995; Strau & Schmidt, 1997).

[4] Далее я буду говорить также об «отношениях привязанности», имея в виду специфическую часть системы привязанности в отношениях. Однако, по Эмде (Emde, 1989), отношения между родителями и их ребенком определяются также целым рядом других аспектов, например, таких, как сообщение и регуляция аффектов, регуляция физиологических потребностей, обучение, игра и самоконтроль.

[5] Как правило, и сегодня мать все еще остается первичным референтным лицом, так что я в дальнейшем контексте также предполагаю, что именно мать является первичным значимым лицом. Однако в принципе пер-

вичным значимым лицом могут стать также, например, отец, бабушка, старший брат или старшая сестра, няня или другой важный для младенца человек.

[6] Влияние раннего социального взаимодействия между матерью и младенцем на установление привязанности напоминает также конструкцию, наличие которой предполагает Стерн (Stern, 1989). Стерн исходит из стереотипных интерактивных моделей поведения матери и ребенка, которые интернализуются и репрезентативно сохраняются в памяти как генерализованные паттерны.

[7] По Стерну (Stern, 1992), рабочая модель привязанности состоит из многих различных генерализованных интеракционных репрезентаций. Они составляют «базовые конструктивные элементы рабочей модели». Тем самым рабочая модель, по Стерну, является некоей вышестоящей структурой. Новый опыт социального взаимодействия включается в рабочую модель, возможно вытесняя старый. Так можно представить себе изменение (в смысле реорганизации) рабочей модели на достаточно длительную перспективу (S. 165 и далее).

[8] Исходя из результатов научных исследований младенцев, Лихтенберг (Lichtenberg, 1989) включил привязанность и исследовательскую деятельность в более широкий контекст мотивационных систем. В качестве мотивационных систем он приводит систему регуляции физиологических требований (особенно в этой связи стоит задуматься о голоде, жажде, теплорегуляции и тому подобных телесных потребностях) и, кроме того, систему привязанности и систему исследовательской деятельности. Позже к ним добавляются: система «selfassertion», то есть способность ребенка познать себя как существо, проявляющее самостоятельную активность и «самостоятельно приводящее вещи в движение»; система «aversion», то есть способность реагировать на угрожающие, опасные раздражители защитой; и наконец, система удовлетворения чувственных и сексуальных потребностей.

[9] Исследования (Papoušek, 1977) показали, что младенцы уже очень рано способны распознавать и активно устанавливать взаимосвязи между внешними стимулами, собственными действиями и непосредственными причинами реакций. Они способны активно репродуцировать эти реакции, сопровождаемые ясным ощущением самоэффективности, которое сочетается с радостным возбуждением.

[10] Если младенец уже может ходить, но его в возрасте одного года все-таки на много часов в день сажают в манеж площадью 1 $м^2$, то его потребности в исследовательской деятельности не удовлетворяются. Если же он в этом возрасте, напротив, может исследовать весь дом от подвала до чердака, то настоятельно необходимо установить ему границы. Пространство для исследований, подобающее возрасту, и соответствующие границы должны подстраиваться под уровень развития ребенка в том или ином

возрасте и расширяться вслед за ним, но не должны быть ни слишком узкими, ни слишком широкими.

[11] На мой взгляд, для этого есть одно предварительное условие: чтобы мать, с одной стороны, могла справиться с собственным страхом разлуки из-за потери тесных отношений с младенцем во время его исследовательской деятельности и чтобы она не переносила (не проецировала) его на младенца; с другой стороны, она должна воспринимать страхи младенца, которые он испытывает, удаляясь от нее, интрапсихически «впитывать» и удерживать/выдерживать их (containment, holding function).

[12] Это «партнерство с коррекцией цели» развивается в детстве и формируется в зависимости от соответствующих возрасту требований. Бекер-Штолль (Becker-Stoll, 1997) в одном исследовании подростков изучал, как такое «партнерство с коррекцией цели» складывалось в споре между подростком и значимым лицом при решении задачи совместного планирования отпуска.

[13] Одна мать просыпается по ночам от любого, даже самого слабого звука, издаваемого ее ребенком; другие матери сообщают о таком глубоком сне, что их ребенок может в панике кричать, стоя в кровати, пока они, в свою очередь, не проснутся и не смогут отреагировать на плач своего ребенка. Однако мера чувствительности определяется не только внутренним душевным состоянием матери, но и рамками социальных условий. Так, мать, которую поддерживает муж (или гражданский муж), может лучше сосредоточиться на потребностях своего ребенка, чем мать, которая к вечеру до смерти устает от перегрузок, в изнеможении чуть не валится с ног и почти не находит сил, чтобы подобающим образом отреагировать на воспринятый ею громкий плач своего ребенка.

[14] В полевых исследованиях, проведенных в Папуа-Новой Гвинее, наблюдатели не замечали, чтобы матери, которые там традиционно большую часть дня носят младенцев на себе, были испачканы их выделениями. Этот феномен можно было бы объяснить таким образом, что мать чутко воспринимает, например, по растущему беспокойству своего ребенка, когда он готов к дефекации (Вульф Шифенхёвель, устное сообщение). Аналогичные наблюдения были сделаны также в одном исследовании, проведенном в Восточной Африке (deVries & deVries, 1977).

[15] Создание этого института, а также реализация этого научного исследования стали возможными благодаря содействию Фонда Кёлера (г. Дармштадт).

[16] В клинических выборках дезорганизованные формы поведения были обнаружены почти у 80% испытуемых и, напротив, лишь у 10–25% испытуемых в выборках из среднего слоя – образованных людей со средним размером дохода (van IJzendoorn et al., 1992).

[17] Бессвязность диалога в следующем примере не вызвана неправильной расшифровкой протокола магнитофонной записи. Этот пример действительно такой сбивчивый и четко передает «коллизию» диалога.

[18] Так как Анна Фрейд и Дороти Бирлингем активно занимались психотерапевтическим лечением детей военных лет, у них могло бы сложиться более интенсивное сотрудничество с Боулби, но, к сожалению, этого не произошло.

[19] Винникотт также занимался причинами «антисоциальных тенденций». В его идеях явно прослеживаются параллели с ранней теорией Боулби. Винникотт объясняет развитие антисоциального поведения детскими переживаниями эмоциональной депривации, так как «ребенок, который крадет какой-то предмет, ищет не украденный предмет, а мать, на которую он имеет право» (Winnicott, 1976b, S. 230).

[20] Эти теоретические соображения и обобщения подвергаются сомнению в современных исследованиях младенцев. Напротив, следует исходить из того, что младенец с самого начала интрапсихически настроен на межличностное взаимодействие и хочет испробовать и установить его со своим значимым лицом в процессе быстрого динамичного развития. Однако при жизни Маргарет Малер не было накоплено еще достаточно научных знаний о дифференциальных возможностях восприятия младенца и выражения им своих состояний на первых неделях его жизни; они стали более доступны для психотерапевтов лишь благодаря бурному развитию научных исследований младенцев и принятию полученных в них фактов в психоанализе в настоящее время.

[21] Дорнес (Dornes, 1997) указывал на сходство между описанным Малер поведением детей в период кризиса нового воссоединения и паттерном амбивалентной привязанности, который выделяет теория привязанности. Он подвергает сомнению тезис о том, что стадия нового воссоединения является нормальной стадией в развитии индивидуации.

[22] На потенциальную способность ребенка к символизации своей матери в ситуации разлуки указывал еще Фрейд в работе «По ту сторону принципа удовольствия» (Freud, 1920). В этой работе он интерпретировал повторяющуюся игру своего полуторагодовалого племянника с катушкой, обвитой ниткой, как попытку символически представить в игре расставание с матерью, которая оставляла его на несколько часов, и страстное желание снова встретиться с ней, а также интрапсихически проработать свое чувство покинутости.

ЧАСТЬ 2
НАРУШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ

[1] В Международной классификации болезней (МКБ-10) школьная фобия сегодня также рассматривается как расстройство со страхом расставания.

[2] Цеана (Zeanah & Emde,1994) приводит эту форму нарушения привязанности с эксцессивным цеплянием как подтип «затруднения в проявлениях привязанности». Однако название «преувеличенное поведенческое про-

явление привязанности» представляется мне более подходящим для описания клинических картин подобного рода нарушений привязанности.

[3] Эту форму нарушения привязанности добавил я. До сих пор она в литературе не была описана.

ЧАСТЬ 3
ПСИХОТЕРАПИЯ, ОСНОВАННАЯ НА ПРИВЯЗАННОСТИ (ATTACHMENT-BASED PSYCHOTHERAPY)

[1] Я выбрал для понятия «therapeutic bond» перевод «отношения привязанности между пациентом и терапевтом», потому что он ближе всего к описанию, данному Орлински. Другие авторы приводят иные варианты перевода, например, такие, как «терапевтический альянс» (therapeutic alliance) или же «терапевтический союз», но они передают скорее сознательные аспекты отношений пациент–терапевт. Понятие «bond», напротив, непосредственно связано с «bonding» и «attachment», подчеркивая в отношениях аспект привязанности с его аффективными компонентами.

[2] Важное условие психотерапевтической техники проработки травмы состоит в том, чтобы еще до начала этой проработки терапевт отводил достаточно времени для поиска вместе с пациентом некоего «надежного места». Это воображаемое место может находиться внутри пациента или вне его. Пациент в своей фантазии посещает это место в моменты наибольшего страха на фоне активизировавшейся травмы, чтобы найти там эмоциональную защиту и безопасность. Придуманные «внутренние спутники-помощники», которые напоминают какого-нибудь человека, к которому пациент испытывает привязанность и которые дают ему защиту, безопасность, избавляют от страха и берут на себя вспомогательные функции Я, напоминают конструкт «надежной базы» в теории привязанности (Reddemann & Sachse, 1996).

[3] Чуткие толкования, благодаря которым пациент чувствует, что его поняли на каком-то глубинном уровне, также могут способствовать усилению терапевтических отношений привязанности (Stuhr, 1993).

[4] Можно описать их – по образцу частичных объектов в теории объектных отношений – как противоречивые «частичные рабочие модели».

[5] См. также работу Мэйн (Main, 1995), которая этот процесс более позднего обретения надежной привязанности обозначает как чувство «заслуженной безопасности» (earned secure).

ЧАСТЬ 4
ПРИМЕРЫ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

[1] Возможны также другие интерпретации с точки зрения динамики привязанности и другие способы рассмотрения, дополняющие аспекты привязанности, которые здесь не приведены, так что я не претендую на полноту изложения.

[2] Ради сохранения анонимности мы отказались от изложения деталей биографии в тех случаях, когда считали их несущественными для понимания динамики привязанности и хода лечения. Для оживления изложения использовались инициалы («А», «Б», «В» и т. д.), но они были взяты произвольно.

[3] Этот вопрос о конкретных примерах я задал в манере «Интервью о привязанности для взрослых».

[4] Аналогии между теорией привязанности и психологией самости уже разъяснялись в теоретической части.

[5] Более подробное рассмотрение этой проблематики с позиций динамики привязанности можно найти у Вёллера (Wöller, 1998).

[6] Матерям, чьи дети болеют нейродермитом и должны регулярно получать назначенные врачом процедуры, бывает чрезвычайно трудно учитывать их потребности, потому что эти матери испытывают огромное давление из-за необходимости регулярно мазать их мазью, так как в противном случае кожная симптоматика часто сразу ухудшается. А усиление кожной симптоматики видно всем и ведет к социальной обратной связи от родственников и друзей, а также и от врача (они говорят, что за ребенком не ухаживают). Тем самым матери стоят перед неразрешимой дилеммой: с одной стороны, им надо смазывать кожу ребенка, а с другой – чутко воспринимать его потребности.

[7] Этих «людей, играющих роль вспомогательного Я», которые дают чувство безопасности и защищенности, Кёниг (König, 1981) описал как «управляющие объекты» на примере пациентов, страдающих страхами.

Литература

Achenbach T. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Adshead G. & Bluglass K. (2001). A vicious circle: Transgenerational attachment representations in a case of Factitious Illness by Proxy. Attachment & Human Development, 3, 77–95.

Ainsworth M. D. S. (1985). Mutter-Kind-Bindungsmuster: Vorausgegangene Ereignisse und ihre Auswirkungen auf die Entwicklimg. In: K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003, 317–340.

Ainsworth M. D. S. (2003). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys (1974). In: K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta 2003, 414–421.

Ainsworth M. D. S. & Wittig B. A. (1969). Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation. In: K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta 2003, 112–145.

Ainsworth M. D. S., Blehar M. C., Waters E. & Wall S. (1978). Pattems of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Alexander F. & French T. M. (1946). Psychoanalytic therapy. NY: Rolande.

Als H. & Butler S. (2008). Die Pflege des Neugeborenen: Die frühe Gehimentwicklung und die Bedeutung von frühen Erfahrungen. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Stuttgart: Klett-Cotta, 44–87.

Atkinson L. (1997). Attachment and psychopathology: From laboratory to clinic. In: L. Atkinson & K. J. Zucker (Hrsg.). Attachment and psychopathology. NY–London: Guilford Press, 3–16.

Bakermans-Kranenburg M. J., Juffer F. & van IJzendoom M. H. (1998). Interventions with video feedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference? Infant Mental Health Journal, 19, 202–219.

Bakermans-Kranenburg M. J. & van IJzendoorn M. H. (2004). No association of the dopamine D4 receptor (DRD4) and –521 C/T promotor polymorphisms with infant attachment disorganization. Attachment & Human Development, 6, 211–218.

Balint M. (1960). Angstlust und Regression. Stuttgart: Klett-Cotta.

Balint M. (1973). Therapeutische Regression, primäre Liebe und Grundstörung. In: Ders., Therapeutische Aspekte der Regression. Hamburg: Rowohlt, 193–209.

Balint M. (1988a). Beitrag zum Symposium über die Theorie der Eltern-Kind-Beziehung. In: Ders., Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. München: dtv, 160–164.

Balint M. (1988b). Frühe Entwicklungsstadien des Ichs. Primäre Objektliebe. In: Ders., Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. München: dtv, 83–102.

Barglow R., Jaffe C. M. & Vaughn B. (1988). Psychoanalytic reconstruction and empirical data: Reciproce contribution. Journal of the American Psychoanalytic Association, 37, 401–436.

Bauer J. (2005). Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe.

Bauer J. (2008). Das System der Spiegelneurone: Neurobiologisches Korrelat für intuitives Verstehen und Empathie. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Stuttgart: Klett-Cotta, 117–123.

Becker-Stoll F. (1997). Interaktionsverhalten zwischen Jugendlichen und Müttern im Kontext längsschnittlicher Bindungsentwicklung. Unveröffentl. Diss., Regensburg.

Beebe B. (2000). Brief mother-infant treatment using psychoanalytically informed video microanalysis: Integrating procedural and declarative processing. Bulletin of the Association für Psychoanalytic Medicine, 37.

Belsky J. & Russell I. (1988). Maternal, infant, and social-contextual determinants of attachment security. In: J. Belsky & T. Nezworski (Hrsg.). Clinical implications of attachment, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 41–94.

Benoit D. & Parker K. H. C. (1994). Stability and transmisson of attachment across three generations. Child Development, 65, 1444–1456.

Bion W. (1962). Eine Theorie des Denkens. In: E. Bott Spillius (Hrsg.) (1990). Melanie Klein Heute, Bd. 1: Beiträge zur Theorie. München–Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, 110–129.

Blatz W. (1940). Hostages to peace: Parents and the children of democracy. NY: Morrow.

Bodeewes T. (2002). Videogestützte Mikroanalyse des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Säugling als Basis der frühen Sprachanbindung. Pediatrics and Related Topics, 41, 497–501.

Bokhorst C. L., Bakermans-Kranemburg M. J., Fearon R. M. P., van IJzendoorn M. H., Fonagy P. & Schuengel C. (2003). The importance of shared environment in mother–infant attachment security: A behavioral genetic study. Child Development, 74, 1769–1782.

Boszormenyi-Nagy I. & Spark G. (1973). Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bowlby J. (1946). Forty-four junvenile thieves: Their characters and home life. International Journal of Psycho-Analysis, 19–52 und 107–127.

Bowlby J. (1949). The study and reduction of group tension in the family. Human Relations, 2, 123.

Bowlby J. (1951). Maternal care and mental health. World Health Organisation. Monographs Series No. 2. Dt.: (1973a). Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München: Kindler.

Bowlby J. (1953). Child care and the growth of love. London: Penguin Book. Dt.: (1995a). Mutterliebe und kindliche Entwicklung. München: Reinhard.

Bowlby J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. International Journal of Psycho-Analysis, 39, 350–373.

Bowlby J. (1960a). Grief and mourning in infancy and early childhood. The Psychoanalytic Study of the Child, 15, 9–52.

Bowlby J. (1960b). Separation anxiety. International Journal of Psycho-Analysis, 41, 313–317.

Bowlby J. (1969). Attachment and loss. V. 1. Attachment. NY: Basic Books. Dt.: (1975). Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler.

Bowlby J. (1973b). Attachment and loss. V. 2: Separation. Anxiety and Anger. NY: Basic Books. Dt.: (1976). Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München: Kandier.

Bowlby J. (1980). Attachment and loss. V. 3: Loss, sadness and depression. NY: Basic Books. Dt.: (1983). Verlust – Trauer und Depression. München: Kindler.

Bowlby J. (1988). A secure base: Clinical implications of attachment theory. London: Routledge. Dt.: (1995b). Eltembindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg: Dexter.

Bowlby J., Robertson J. & Rosenbluth D. (1952). A two-year-old goes to hospital. The Psychoanalytic Study of the Child, 7, 82–94.

Bowlby R. (2009). Das Londoner Modell der bindungsorientierten Tagesbetreuung: Hintergrund. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 213–224.

Braun K. (1996). Synaptische Reorganisation bei frühkindlichen Erfahrungs- und Lernprozessen: Relevanz für die Entstehung psychischer Erkrankungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 44, 253–266.

Braun K., Lange E., Metzger M. & Poeggel G. (2000). Maternal separation followed by early social isolation affects the development of monoaminergic fiber systems in the medial prefrontal cortex of Octodon degus. Neuroscience, 95, 309–318.

Braun K., Helmeke C. & Bock J. (2009). Bindung und der Einfluss der Eltem-Kind-Interaktion auf die neuronale Entwicklung präfrontaler und limbischer Regionen: Tierexperimentelle Befunde. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 52–78.

Bretherton I. (1995). Attachment theory and developmental psychopathology. In: D. Cicchetti S. Toth (Hrsg.). Emotion, cognition and representation. Bd. 6. Rochester, NY: University of Rochester Press, 231–260.

Bretherton I. (1998). The development of internal working models of attachment. Development, Structure, and Functioning of Internal Working Model. Symposium Universität Regensburg, 6–7 Juli.

Bretherton I., Oppenheim D., Buchsbaum H. & Emde R. N. (1990a). The MacArthur Story Stem Battery (MSSB). Unveröffentl. Manual. University of Wisconsin, Madison (MacArthur Narrative Group).

Bretherton I., Prentiss C. & Ridgeway D. (1990b). Chidren's representations of family relationships in a story completion task at 37 and 54 months. In: I. Bretherton & M. Watson (Hrsg.). Children's perspectives on the family: 48. San Francisco: Jossey-Bass, 85–105.

Bretherton I., Ridgeway D. & Cassidy J. (1990c). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Hrsg.). Attachment in the preschool years, Chicago: The University of Chicago Press, 273–310.

Bretherton I., Page T. & Golby B. (1997). Narratives of preschoolers from postdivorce families: Gender differences and maternal style. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development: The MacArthur Story Stem Battery: A new tool for research on children's emotions and relationships, Washington, DC, April 1997.

Brisch K. H. (1995). Feinfühligkeitstraining für werdende Eltern. Kongress Sozialpädiatrie Universität, München, 03. November 1995.

Brisch K. H. (1998a). Development of infantile anorexia nervosa and its psychotherapeutic treatment. Int. Conference: «The treatment of eating disorders. Research meets clinical practice», Stuttgart. 11.–13. Juni 1998.

Brisch K. H. (1998b). Die Bedeutung der Psychodynamik im Rahmen der pränatalen Fehlbildungsdiagnostik. Speculum, 16 (1), 23–31.

Brisch K. H. (1999). Familiäre Bindungen – Die transgenerationale Weitergabe familiären Bindungsverhaltens. In: E. Reinke (Hrsg.). Psychoanalyse der Familie. Gießen: Psychosozial-Verlag, 7–16.

Brisch K. H. (2000). The use of the telephone in the treatment of attachment disorders. In: J. Aronson (Hrsg.). Use of the telephone in psychotherapy. NJ: Aronson, 375–395.

Brisch K. H. (2002a). Fragebogen zur Bindungsentwicklung von Kindern. Unveröffentl. Fragebogen. München (Abt. Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Ludwig-Maximilians-Universität München).

Brisch K. H. (2002b). Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: G. Bovensiepen H. Hopf & G. Molitor (Hrsg.). Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel, 45–69.

Brisch K. H. (2002c). Klassifikation und klinische Merkmale von Bindungsstörungen. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 150, 140–148.

Brisch K. H. (2002d). Psychotherapeutische Intervention für Eltern mit sehr kleinen Frühgeborenen: Das Ulmer Modell. In: B. Strauss, A. Buchheim & H. Kächele

(Hrsg.). Klinische Bindungsforschung. Theorie-Methoden-Ergebnisse. Stuttgart, NY: Schattauer, 191–195.

Brisch K. H. (2004a). Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. Psychotraumatologie und Medizinische Psychologe, 2, 29–44.

Brisch K. H. (2004b). Stönmgsspezifische Diagnostik und Psychotherapie von Bindungsstörungen. In: U. Lehmkuhl & G. Lehmkuhl (Hrsg.). Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 135–152.

Brisch K. H. (2005). Die Bindungsentwicklung von sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht £ 1,500 Gramm. Prospektive Längsschnittstudie. Unveröffentl. med. Habilitationsschrift. München; Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Brisch K. H. (2006). Disorganized attachment quality in very low birthweight preterm infants and postnatal neurobiological risk. Infant Mental Health Journal, 27 (3A), 9–10.

Brisch K. H. (2007a). Prävention von Bindungsstörungen. In: W. von Suchodoletz (Hrsg.). Prävention von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe, 167–181.

Brisch K. H. (2007b). Unterbrechimg der transgenerationalen Weitergabe von Gewalt: Primäre Prävention durch «SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern». Psychologie in Österreich, 1, 62–68.

Brisch K. H. (2007c). Sleep and attachment disorders in children. In: S. R. Pandi-Perumal M. Kramer & R. R. Ruoti (Hrsg.). Sleep and psychosomatic medicine. Boca Raton, FL. Taylor & Francis, 219–230.

Brisch K. H. (2008). Prävention von Gewalt durch die Förderung von Bindungssicherheit und Empathie: «SAFE* – Sichere Ausbildung für Eltern» und «B. A. S. E.® – Babywatching in Kindergarten und Schule». In: M. Franz & B. West-Leuer (Hrsg.). Bindung–Trauma–Prävention. Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen. Gießen: Psychosozial-Verlag, 129–161.

Brisch K. H. (2009a). Bindung, Psychopathologie und gesellschafdiche Entwicklungen. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 350–371.

Brisch K. H. (2009b). Diagnostik von Bindungsstörungen. In: D. Irblich & G. Renner (Hrsg.). Klinische Diagnostik in der Kinderpsychologie. Die ersten 1 Lebensjahre. Göttingen: Hogrefe.

Brisch K. H. & Hellbrügge T. (Hrsg.) (2003). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren fur die Entwicklung von Kindern. (3. Aufl. 2009) Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch K. H. & Hellbrügge T. (Hrsg.) (2009). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch K. H., Buchheim A., Köhntop B., Kunzke D., Schmücker G., Kächele H. & Pohlandt F. (1996). Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen – Ulmer Modell. Randomisierte Längsschnittstudie. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 144, 1206–1212.
Brisch K. H., Gontard A. V., Pohlandt F., Kächele H., Lehmkuhl G. & Roth B. (1997). Interventionsprogramme für Eltern von Frühgeborenen. Kritische Ubersicht. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 145, 457–465.
Brisch K. H., Buchheim A. & Kächele H. (1998a). Bindungsprozesse beim Übergang zur Elternschaft: Beeinflussung der Eltem-Kind-Beziehung durch eine pränatale und postnatale Intervention für erstgebärende Eltern. 12. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), 4.–6. Juni. Hamburg.
Brisch K. H., Bemmerer-Mayer K., Munz D., Kächele H. (1998b). Angst vor fetaler Fehlbildung und ihre Bewältigung. Internationale Zeitschrift für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin, 10 (3), 349–364.
Brisch K. H., Buchheim A. & Kächele H. (1999). Diagnostik von Bindungsstörun – gen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 418, 442–454.
Brisch K. H., Buchheim A., Schmücker G., Köhntop B., Betzler S., Pohlandt F., Pokorny D. & Kächele H. (2000). Development of quality of attachment in high-risk very low birthweight premature infants and maternal attachment representations. 7th Congress, World Associations for Infant Mental Health, Montreal/Canada, 27 July.
Brisch K. H., Munz D., Bemmerer-Mayer K., Terinde R., Kreienberg R. & Kächele H. (2002). Ultrasound scanning for diagnosis of fetal abnormality and maternal anxieties in a longitudinal perspective. Journal of Reproductive and Infant Psychologie, 20, 223–235.
Brisch K. H., Bechinger D., Betzler S. & Heinemann H. (2003a). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: Results of attachment and neurological development. Attachment & Human Development, 5, 120–135.
Brisch K. H., Munz D., Bemmerer-Mayer K., Terinde R., Kreienberg R. & Kächele H. (2003b). Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. Journal of Psychosomatic Research, 55, 91–97.
Brisch K. H., Bechinger D., Betzler S., Heinemann H., Kächele H., Pohlandt F., Schmücker G. & Buchheim A. (2005a). Attachment quality in very low-birthweight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. Parenting: Science and Practice, 5, 311–331.
Brisch K. H., Munz D., Kächele H., Terinde R. & Kreienberg R. (2005b). Effects of previous pregnancy loss on level of maternal anxiety after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. Journal of Loss and Trauma, 10, 131–153.
Brisch K. H., Kem C., Luber S. & Speer L. (2008). Longitudinal study on postnatal neurobiological risk and attachment, neurological, and cognitive outcome in very low birthweight preterm infants up to the age of six years. Infant Mental Health Journal, 29, № 49.

Brisch K. H., Heinemann H., Betzler S. & Bechinger D. (eingereicht). Attachment disorganization and neurological development of very low birthweight premature infants: Results of an early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents. Development and Psychopathology.

Bromberg P. M. (2003). Something wicked this way comes. Trauma, dissociation, and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science, and neuroscience overlap. Psychoanalytic Psychology, 20, 558–574.

Buchheim A. (2008). Borderline – Persönlichkeitsstörung und Bindung – eine Ubersicht. In: B. Strauß (Hrsg.). Bindung und Psychopathologie. Stuttgart: Klett-Cotta, 253–281.

Buchheim A., Brisch K. H. & Kächele H. (1998). Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 48, 128–138.

Buchheim A., Brisch K. H. & Kächele H. (1999). Die klinische Bedeutung der Bindungsforschung für die Risikogruppe der Frühgeborenen: ein Uberblick zum neuesten Forschungsstand. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 27 (2).

Buchheim A., George C. & West M. (2003). Das Adult Attachment Projective (AAP) – Gütekriterien und neue Forschungsergebnisse. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 53, 419–427.

Byng-Hall J. (1991). The application of attachment theory to understanding and treatment in family therapy. In: C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris (Hrsg.). Attachment across the life cycle. London–NY: Tavistock, 199–215.

Byng-Hall J. & Stevenson-Hinde J. (1991). Attachment relationships within a family system. Infant Mental Health Journal, 12 (3), 187–200.

Caldji C., Tannenbaum B., Sharma S., Francis D., Plotsky P. & Meaney M. J. (1998). Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat. Proceedings of the National Academy of Science, USA, 95, 5335–5340.

Carlson V., Ciccheti D., Bamett D., & Braunwald K. G. (1989). Finding order in disorganization: Lessons from research on maltreated infants attachments to their caregiver. In: D. Cicchetti & V. Carlson (Hrsg.). Child maltreatment. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 494–528.

Carrion V. G. & Steiner H. (2003). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 353–359.

Cassidy J. & Marvin R. S. (1992). Attachment organization in preschool children: Procedures and coding manual. Unveröffentl. Manuskript. Seattle, WA: MacArthur Work Group on Attachment.

Chaffin M., Hanson R., Saunders B., Nichols T., Bamett D., Zeanah C., Berliner L., Egeland B., Newman E., Lyon T., LeToumeau E. & Miller-Perrin C. (2006). Report of the APSAC/APA Division 37 Task Force on Attachment Therapy, reactive attachment disorder and attachment problems. Child Maltreatment:

Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children, 11, 76–98.
Cicchetti D. & Bamett D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. Development and Psychopathology: Attachment and Developmental Psychopathology, 3, 397–411.
Cicchetti D. & Toth S. L. (1995). Child maltreatment and attachment organization: Implications for intervention. In: S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Hrsg.). Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives. Hilldale, NJ: Analytic Press, 279–308.
Cierpka M. (1996). Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer.
Crittenden P. M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 26, 85–96.
Crittenden P. M. (1988). Relationships at risk. In: J. Belsky & T. Nezworski (Hrsg.). Clinical implications of attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 136–176.
Crittenden P. M. (1995). Attachment and psychopathology. In: S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Hrsg.). Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 367–406.
Crittenden P. M. (1997). Patterns of attachment and sexual behavior: Risk of dysfunction versus opportunity for creative integration. In: L. Atkinson & K. J. Zucker (Hrsg.). Attachment and Psychopathology. NY–London: Guilford Press, 47–96.
Crittenden P. M. & Ainsworth M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In: D. Cicchetti & V. Carlson (Hrsg.). Child maltreatment. 1. Aufl. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 432–463.
Crockenberg S. B. (1986). Are temperamental differences in babies associated with predictable differences in care giving? In: J. V. Lemer & R. M. Lemer (Hrsg.). Temperament and social interaction in infants and children: New directions for child development. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 53–72.
Cummings E. M. (1990). Classification of attachment on a continuum of felt security: Illustrations from the study of children of depressed parents. In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Hrsg.). Attachment in the preschool years. Chicago: The University of Chicago Press, 311–338.
Cummings E. M. & Cicchetti D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Hrsg.). Attachment in the preschool years. Chicago: The University of Chicago Press, 339–374.
Dallaire D. & Weinraub M. (2007). Infant-mother attachment security and children's anxiety and aggression at first grade. Journal of Applied Developmental Psychology, 28, 477–492.
De Haas M. A., Bakermans-Kranenburg M. J. & van IJzendoorn M. H. (1994). The adult attachment interview and questionnaires for attachment style, temperament, and memories of parental behavior. Journal of Genetic Psychology, 155, 471–487.
Decety J. & Jackson P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3, 71–100.

Degkwitz R., Helmchen H., Kockott G. & Mombour W. (Hrsg.) (1975). Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. ICD-8 (4. Aufl.). Berlin–Heidelberg–NY: Springer.

Degkwitz R., Helmchen H., Kockott G. & Mombour W. (Hrsg.) (1980). Diagnosenschliissel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. ICD-9 (5. Aufl.). Berlin–Heidelberg–NY: Springer.

deVries M. W. & deVries M. R. (1977). Cultural relativity of toilet training readiness: A perspective from East Africa. Pediatrics, 60, 170–177.

De Wolff M. & van IJzendoorn M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. Child Development, 68, 571–591.

Domes M. (1993). Der kompetente Säugling. Frankfurt/M.: S. Fischer.

Domes M. (1997). Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt/M.: S. Fischer.

Domes M. (1998). Bindungstheorie und Psychoanalyse: Konvergenzen und Divergenzen. Psyche, 52, 299–348.

Egeland B. & Sroufe L. A. (1981). Attachment and early maltreatment. Child Development, 52, 44–52.

Emde R. N. (1989). The infants relationship experience: Developmental and affective aspects. In: A. J. Sameroff & R. N. Emde (Hrsg.). Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach. NY: Basic Books, 33–51.

Emde R. N., Oppenheim D., Nir A. & Warren S. (1997). Emotion regulation in mother–child narrative co-construction: Associations with children's narratives and adaptation. Developmental Psychobiology, 33, 284–294.

Emde R. N. & Sorce J. F. (1983). The rewards of infancy: Emotional availability and maternal referencing. In: J. D. Call, E. Galenson & R. I. Tyson (Hrsg.). Frontiers of Infant Psychiatry. NY: Basic Books, 17–30.

Enke H. (1996). Die Zukunft der psychotherapeutischen Ausbildung (en) – Notwendiges und Wünschenswertes. In: H. Henning et al. (Hrsg.). Kurzzeittherapie in Theorie und Praxis. Lengerich: Pabst, 1188–1196.

Esser G., Laucht M. & Schmidt M. H. (1995). Der Einfluß von Risikofaktoren und der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. Kindheit und Entwicklung, 4, 33–42.

Esser G., Scheven A., Petrova A., Laucht M. & Schmidt M. H. (1989). Mannheimer Beurteilungsskala zur Erfassimg der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglings alter (MBS-MKI-S). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 17, 185–193.

Esser G., Dinter-Jörg M., Herrle J., Yantorno-Villalba P., Rose E., Laucht M. & Schmidt M. H. (1996). Bedeutung der Blickvermeidung im Säughngsalter für den Entwicklungsstand des Kindes mit zwei und viereinhalb Jahren. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 28, 3–19.

Finke J. (1994). Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart–NY: Thieme.

Fleming A. S., O'Day D. H. & Kraemer G. W. (1999). Neurobiology of mother–infant interactions: Experience and central nervous system plasticity across development and generations. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 23, 673–685.

Fonagy P. (1998a). Frühe Bindung und Bereitschaft zu Gewaltverbrechen. In: A. Streeck-Fischer (Hrsg.). Adoleszenz und Trauma. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 91–127.

Fonagy P. (1998b). Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. Psyche, 52, 349–368.

Fonagy P. (1999). The transgenerational transmission of holocaust trauma: Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. Attachment &Human Development, 1, 92–114.

Fonagy P. (2001). Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fonagy P. (2003a). Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In: P. Fonagy & M. Target (Hrsg.). Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Gießen: Psychosozial-Verlag, 31–48.

Fonagy P. (2003b). Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. In: P. Fonagy & M. Target (Hrsg.). Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Gießen: Psychosozial-Verlag, 49–69.

Fonagy P., Steele H. & Steele M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. Child Development, 62, 891–905.

Fonagy P., Leigh T., Kennedy R., Mattoon G., Steele H., Target M., Steele M. & Higgit A. (1995a). Attachment, borderline states and the representation of emotions and cognition in self and other. In: D. Cicchetti & S. Toth (Hrsg.). Emotion, cognition, and representation. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. Rochester, NY: University of Rochester Press.

Fonagy P., Steele M., Steele H., Leigh T., Kennedy R., Mattoon G. & Target M. (1995b). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. In: S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Hrsg). Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 233–278.

Fonagy P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy R., Mattoon G., Target M. & Gerber A. (1996a). The relation of attachment status, psychiatric classification and response of psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 22–31.

Fonagy P., Steele M., Steele H., Target M. & Schachter A. (1996b). Reflective-Self Functioning Manual for application to Adult Attachment Interview. Unveröffentl. Manual. London: University College.

Fonagy P., Target M., Steele M., Steele H., Leigh T., Levinson A. & Kennedy R. (1997). Morality, disruptive behavior, borderline personality disorder, crime, and their relationship to security of attachment. In: L. Atkinson, K. J. Zucker (Hrsg.). Attachment and psychopathology. NY–London: Guilford Press, 223–276.

Fox N. A. (1992). Frontal brain asymmetry and vulnerability to stress: Individual differences in infant temperament. In: T. M. Field, P. M. McCabe & N. Schneiderman (Hrsg.). Stress and coping in infancy and childhood. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 83–99.
Fox N. A. (1995). On the way we were: Adult memories about attachment experiences and their role in determining infant-parent relationships: A commentary on van IJzendoorn (1995), Psychological Bulletin, 117, 404–410.
Fox N. A., Kimmerly N. L. & Schafer W. D. (1991). Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. Child Development, 62, 210–225.
Fraiberg S. (1982). Pathological defenses in infancy. Psychoanalytic Quarterly, 51, 623–634.
Fraiberg S., Adelson E. & Shapiro V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationship. J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 14, 387–422.
Francis D., Diorio J., Liu D. & Meaney M. J. (1999). Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. Science, 286, 1155–1158.
Freud A. (1958/1960). Diskussion von John Bowlbys Arbeit über Trennung und Trauer. In: Schriften der Anna Freud, Bd. VI, München: Kindler, 1772–1788.
Freud A. (1980a). Anstaltskinder. Berichte aus den Kriegskinderheimen «Hampstead Nurseries» 1943–1945. In: Die Schriften der Anna Freud, Bd. III. München: Kindler.
Freud A. (1980b). Kriegskinder. Berichte aus den Kriegskinderheimen «Hampstead Nurseries» 1941–1942. In: Die Schriften der Anna Freud, Bd. II, München: Kindler.
Freud A. & Burlingham D. (1982). Heimatlose Kinder (2. Aufl.). Frankfurt/M.: S. Fischer.
Freud S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Gesammelte Werke, Bd. I, Frankfurt/M.: S. Fischer, 27–145.
Freud S. (1916). Trauer und Melancholie. In; Gesammelte Werke, Bd. X, Frankfurt/M.: S. Fischer, 428–446.
Freud S. (1916/1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Gesammelte Werke, Bd. XI, Frankfurt/M.: S. Fischer.
Freud S. (1920). Jenseits des Lustprinzips. In: Gesammelte Werke, Bd. XIII, Frankfurt/M.: S. Fischer, 1–69.
Freud S. (1926). Hemmung, Symptom und Angst. In: Gesammelte Werke, Bd. XIV, Frankfurt/M.: S. Fischer, 111–205.
Friedman S. L. & Boyle D. E. (2008). Attachment in US children experiencing nonmaternal care in the early 1990s. Attachment & Human Development, 10, 225–261.
Friedman S. L. & Boyle D. E. (2009). Kind-Mutter-Bindimg in der NICHD-Studie «Early Child Care and Youth Development»: Methoden, Erkenntnisse und zukünftige Ausrichtungen. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 94–151.

Gallese V. (2003). The roots of empathy: The shared manyfold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. Psychopathology, 36, 171–180.
Geddes H. (2009). Bindung, Verhalten und Lernen. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta, 170–186.
Geiger U. (1991). Reaktionen sechsjähriger Kinder in imaginären Trennungssituationen. Unveröff. Diplomarbeit, Regensburg: Institut für Psychologie.
George C. & Solomon J. (1989). Internal working models of caregiving and security of attachment at age six. Infant Mental Health Journal, 10, 222–237.
George C. & Solomon S. (1994). Six-year-old attachment doll play procedures and classification system. Unveröffentli. Manuskript. Mills College, Oakland, CA.
George C. & Solomon J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and representation. Infant Mental Health Journal, 17, 198–216.
George C. & Solomon J. (1999a). Attachment and caregiving: The Caregiving behavioral system. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.). Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications. NY, London: Guilford Press, 649–670.
George C. & Solomon J. (1999b). The development of caregiving: A comparison of attachment theory and psychoanalytic approaches to mothering. Psychoanalytic Inquiry, 19, 618–646.
George C. & West M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. Attachment & Human Development, 3, 30–61.
George C., Kaplan N. & Main M. (1985). The Attachment Interview for Adults. Unveröffentl. Manuskript, Berkeley: University of California.
George C., West M. & Pettem O. (1997). Adult attachment projective: Protocol and classification scoring system. Oakland CA: Mills College.
George C., West M. & Pettem O. (1999). The Adult Attachment Projective: Disorganization of adult attachment at the level of representation. In: J. Solomon & C. George (Hrsg.). Attachment Disorganization. NY, London: Guilford Press, 318–346.
Gergely G., Fonagy P. & Target M. (2003). Bindung, Mentalisierung und die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: P. Fonagy & M. Target (Hrsg.). Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Gießen: Psychosozial-Verlag, 219–231.
Gervai J. (2008). Einflüsse von Genetik und Umwelt auf die Entwicklung von Bindungsverhaltensweisen. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Der Säugling–Bindung, Neurobiologie und Gene. Stuttgart: Klett-Cotta, 185–206.
Gervai J. & Lakatos K. (2004). Comment on “No association of the dopamine D4 receptor (DRD4) and –521 C/T promotor polymorphisms with infant attachment disorganization” by M. J. Bakermans-Kranenburg & M. H. van IJzendoorn. Attachment & Human Development, 6, 219–222.
Gloger-Tippelt G. (Hrsg.) (2001). Bindung im Erwachsenenalter. Bern (Huber).
Gloger-Tippelt G. & König L. (2000). Kodier- und Auswertungsmanual für das Geschichtenergänzungsrverfahren zur Erfassung der Bindungsrepräsentationen

5 bis 7 jähriger Kinder im Puppenspiel. Unveröffentl. Manual. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Psychologisches Institut.

Gloger-Tippelt G. & König L. (2009). Bindung in der Kindheit. Das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung. Weinheim: Beltz.

Gloger-Tippelt G., Gomille B., König L. & Vetter J. (2002). Attachment representations in 6-year-olds: Related longitudinally to the quality of attachment in infancy and mothers' attachment representations. Attachment & Human Development, 4, 318–339.

Glover V. & O'Connor T. G. (2002). Effects of antenatal stress and anxiety. The British Journal of Psychiatry, 180, 389–391.

Goldberg S. (1997). Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk, and clinical samples. In: L. Atkinson & K. J. Zucker (Hrsg.). Attachment and psychopathology. NY–London: Guilford Press, 171–195.

Goldberg S., Muir R. & Kerr J. (Hrsg.) (1995). Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Grawe K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen–Bern–Toronto–Seattle: Hogrefe.

Greenberg M. T. & Marvin R. S. (1982). Reactions of preschool children to an adult stranger: A behavioral systems approach. Child Development, 481–490.

Greenberg M. T. & Speltz M. L. (1988). Attachment and the ontogeny of conduct problems. In: J. Belsky & T. Nezworski (Hrsg.). Clinical implications of attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 177–218.

Greenberg M. T., Cicchetti D. & Cummings E. M. (Hrsg.) (1990). Attachment in the preschool years. Chicago: The University of Chicago Press.

Greenberg M. T., DeKlyen M., Endriga M. C. & Speltz M. L. (1991). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. Attachment and developmental psychopathology, 3, 413–430.

Greenberg M. T., DeKlyen M., Endriga M. C. & Speltz M. L. (1997). The role of attachment processes in externalizing psychopathology in young children. In: L. Atkinson & K. J. Zucker (Hrsg.). Attachment and psychopathology. NY: Guilford Press, 196–222.

Greenspan I. & Lieberman A. E (1995a). Current clinical criteria for diagnosing attachment disorders. In: J. Belsky & T. Nezworski (Hrsg.). Clinical implications of attachment, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 392–394.

Greenspan I. & Lieberman A. F. (1995b). The definition and classification of attachment disorders. In: J. Belsky & T. Nezworski (Hrsg.). Clinical implications of attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 388–390.

Grice H. P. (1975). Logic and conversation. In: P. Cole & J. L. Moran (Hrsg.). Syntax and semantics. NY: Academic Press, 41–58.

Grossmann K. (1997). Infant-father attachment relationship: Sensitive challenges during play with toddler is the pivotal feature. Poster presented at the SRCD Biennal Meeting, Washington D. C.

Grossmann K. & Fremmer-Bombik E. (1997). Longitudinal sequelae of the child–father attachment relationship centering around a play situation. VIIIth European Conference on Developmental Psychology, Rennes, Frankreich.

Grossmann K., Fremmer-Bombik E., Rudolph J. & Grossmann K. E. (1988). Maternal attachment representations as related to child-mother attachment patterns and maternal sensitivity and acceptance of her infant. In: R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Hrsg.). Relationships within families. Oxford: Oxford University Press, 241–260.

Grossmann K., Grossmann K. E., Spangler G., Suess G. & Unzner L. (1985). Maternai sensitivity and newborns orientation responses as related to quality of attachment in Northern Germany. In: I. Bretherton & E. Waters (Hrsg.). Growing points of attachment theory and research (Monographs of the Society for Research in Child Development, 209. V. 50. № 1/2). Chicago: The University of Chicago Press, 231–256.

Grossmann K., Grossmann K. E. & Waters E. (Hrsg.) (2005). Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies. NY: Guilford Press.

Grossmann K. E. (1988). Longitudinal and systemic approaches in the study of biological high- and low-risk groups. In: M. Rutter (Hrsg.). Studies of psychosocial risk: The power of longitudinal data. NY: Cambridge University Press, 138–157.

Grossmann K. E. (1993). Bindungsverhalten und Depression. In: D. Hell (Hrsg.). Ethologie der Depression. Familientherapeutische Möglichkeiten. Stuttgart/ Jena: Fischer S. 65–79.

Grossmann K. E. (2003). Emmy Werner: Engagement für ein Lebenswerk zum Verständnis menschlicher Entwicklungen über den Lebenslauf In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, 15–33.

Grossmann K. E., Grossmann K., Loher I., Scheuerer-Englisch H., Schildbach B., Spangler G., Wensauer M. & Zimmermann P. (1993). The development of attachment and adaption beyond infancy. 60th Anniversary Meeting of the Society for Research in Child Development. New Orleans, 25–28 März.

Grossmann, K. E., Becker-Stoll, F., Grossmann K., Kindler H., Schieche M., Spangler G., Wensauer M. & Zimmermann P. (1997). Die Bindungstheorie. Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In: H. Keller (Hrsg.). Handbuch der Kleinkindforschung, 2. Aufl., Bern: Huber, 51–95.

Grützenmacher H. (2001). Unfallgefährdung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. Deutsches Ärzteblatt, 34–35, P524-P526.

Guidano V. F. & Liotti G. (1985). A constructivist foundation for cognitive therapy. In: M. J. Mahoney & A. Freeman (Hrsg.). Cognition and psychotherapy. NY: Plenum, 120–158.

Haarer J. (1934). Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. München: Lehmanns.

Harlow H. F. & Harlow M. K. (1969). Effects of various mother-infant relationships on rhesus monkey behaviors. In: Foss B. M. (Hrsg.). Determinants of infant behavior. London: Methuen, 15–36.

Hartmann H.-P. (1997a). Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie: Eigene Erfahrungen – Behandlungskonzepte und besondere Probleme. Psychiatrische Praxis, 24, 172–177.

Hartmann H.-P. (1997b). Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie: Übersicht über bisherige Erfahrungen. Psychiatrische Praxis, 24, 56–60.

Hartmann H.-P. & Grande B. (2007). Stationäre Behandlung von Müttern mit postpartalen psychiatrischen Erkrankungen und ihren Kindern nach dem «Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung®». In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Die Anfänge der Eltem-Kind-Bindung. Stuttgart: Klett-Cotta, 259–270.

Hayes C. D., Palmer J. L. & Zaslow M. I. (1990). Who cares for America's children: Child care policy for the 1990s. Washington, DC: National Academy Press.

Hédervári É. (1995). Bindung und Trennung. Frühkindliche Bewältigungsstrategien bei kurzen Trennungen von der Mutter. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Henseler H. (1974). Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek: Rowohlt.

Hesse E. & Main M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in non maltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. Psychoanalytic Inquiry, 19, 481–540.

Höger D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In: B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.). Klinische Bindungsforschung. Stuttgart, NY: Schattauer, 94–117.

Holmes J. (1993). John Bowlby's attachment theory. London: Routledge.

Holmes J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. Attachment & Human Development, 6, 181–190.

Horacek, U., Böhm R., Klein R., Thyen U. & Wagner, F. (2008). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zu Qualitätskriterien institutioneller Betreuung von Kindern unter 3 Jahren (Krippen). http://www.dgspj.de/pdfs/Krippenpapier-Lang.pdf.

Hüther G. (1996). The central adaptation syndrom: Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. Progress in Neurobiology, 48, 569–612.

Hüther G. (1998). Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. International Journal of Developmental Neuroscience, 16, 297–306.

Hüther G., Doering S., Rüger, U., Rüther E. & Schüssler G. (1999). The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal network. Psychiatry Research, 87, 83–95.

Jacobson E. (1978). Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Jacoby M. (1998). Grundformen seelischer Austauschprozesse – Jungsche Therapie und neuere Kleinkindforschung. Zürich/Düsseldorf: Walter.

Jaffe J., Beebe B., Feldstein S., Crown C. L. & Jasnow M. D. (2001). Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development (Monographs of the Society for Research in Child Development, 66, № 2, Serial № 265). Boston–Oxford: Blackwell.

Janus L. (1996). Schwangerschaft und Geburt aus der Sicht des werdenden Kindes. In: E. Brähler, U. Unger (Hrsg.). Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag, 90–107.

Kächele H., Buchheim A., Schmücker G. & Brisch K. H. (1999). Entwicklung, Bindung und Beziehung – Neuere Konzepte zur Psychoanalyse. In: H. Helmchen, F. A. Henn, H. Lauter & N. Sartorius (Hrsg.). Psychiatrie der Gegenwart. Berlin–Stuttgart: Springer, 605–630.

Klein M. (1983a). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In: Dies., Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett-Cotta, 131–163.

Klein M. (1983b). Das Seelenleben des Kleinkindes, Stuttgart: Klett-Cotta.

Klein M. (1983c). Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung. In: Dies., Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett-Cotta, 36–54.

Köhler L. (1992). Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. Forum der Psychoanalyse, 8, 263–280.

Köhler L. (1995). Bindungsforschung und Bindungstheorie aus der Sicht der Psychoanalyse. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 67–85.

Köhler L. (1998). Zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Psyche, 52, 369–403.

König K. (1981). Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen. Göttingen: Medizinische Psychologie.

Kömer J. (1998). Einfühlung: Über Empathie. Forum der Psychoanalyse, 14, 1–17.

Kohler E., Keysets C., Umiltà M. A., Fogassi L. & Rizzolatti G. (2002). Hearing sounds, understanding actions: Action representation in mirror neurons. Science, 297, 846–848.

Kohut H. (1971). Narzißmus. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Kohut H. (1973). Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut. In: Die Zukunft der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 252–285.

Kohut H. (1977). Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Kreppner J. M., O'Connor T. G., Rutter M. and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? Journal of Abnormal Child Psychology, 29, 513–528.

Kroesen S., Kügel C., Thaler D., Wörle S. & Brisch K. H. (2003). Traumaerfahrungen und posttraumatische Belastungen bei Kindern in stationärer pädiatrischer Behandlung. In: U. Lehmkuhl (Hrsg.). Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 35.

Kübler-Ross E. (1974). Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz-Verlag.

Kügel C., Kroesen S., Thaler D., Wörle S. & Brisch K. H. (2003). Bindungsstörungen bei Kindern in stationärer pädiatrischer Behandlung. In: U. Lehmkuhl (Hrsg.). Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 35.

Kühle H.-J., Hoch C., Rautzenberg P. & Jansen F. (2001). Kurze videogestützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 605–621.

Laewen H.-J., Andres B. & Hédervári É. (1990). Ein Modell für die Eingewöhnungs – situation von Kindern in Krippen. Berlin: Fl-Verlag.

Lakatos K., Toth L., Nemoda Z., Ney K., Sasvari-Szelsky M. & Gervai J. (2000). Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. Molecular Psychiatry, 5, 633–637.

Lakatos K., Nemoda Z., Toth L., Ronai, Z., Ney K., Sasvari-Szekely M. & Gervai J. (2002). Further evidence for the role of the dopamine D4 receptor (DRD4) gene in attachment disorganization: Interaction of the exon III 48-bp repeat and the-521 C/T promotor polymorphisms. Molecular Psychiatry, 7, 27–31.

Lakatos K., Nemoda Z., Birkas E., Ronai Z., Kovacs E., Ney K., Toth I., Sasvari-Szekely M. & Gervai J. (2003). Association of D4 dopamine receptor gene and serotonin transporter promoter polymorphisms with infants' response to novelty. Molecular Psychiatry, 8, 90–97.

Lamb M. E., Gaensbauer T. J., Malkin C. M. & Schultz L. A. (1985). The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. Infant Behavior & Development, 8, 35–45.

Lamott E., Pfäfflin E., Ross Th., Sammet N., Weber M. & Frevert G. (1998). Trauma, Beziehung und Tat. Bindungstheoretische Rekonstruktion interpersonaler Beziehungserfahrungen von Frauen, die getötet haben. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 81, 235–245.

Lanczik M. (1997). «Mother and Baby-Units» an psychiatrischen Krankenhäusern in Großbritannien. Spektrum, 26, 38–40.

Laucht M. (2003). Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, 53–71.

Laucht M., Esser G. & Schmidt M. H. (1998). Frühe Mutter-Kind-Beziehung: Risiko- und Schutzfaktor für die Entwicklung von Kindern mit organischen und psychosozialen Belastungen: Ergebnisse einer prospektiven Studie von der Geburt bis zum Schulalter. Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbar gebiete, 66, 1–11.

Lehtonen J. (1994). From dualism to psychobiological interaction. A comment on the study by Tenari and his co-workers. The British Journal of Psychiatry, 164, 27 f.

Lichtenberg J. D. (1989). Psychoanalysis and motivation. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Lichtenberg J. D., Lachmann F. M. & Fosshage J. L. (1992). Self and motivational systems. Toward a theory of psychoanalytic technique. Hillsdale, NY: The Analytic Press.

Lieberman A. F. & Pawl J. H. (1988). Clinical applications of attachment theory. In: J. Belsky & T. Nezworsky (Hrsg.). Clinical implications of attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 327–347.

Lieberman A. F. & Pawl J. H. (1990). Disorders of attachment and secure base behavior in the second year of life: Conceptual issues and clinical intervention. In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Hrsg.). Attachment in the preschool years. Chicago: The University of Chicago Press, 375–398.

Lieberman A. F. & Pawl J. H. (1993). Infant–parent psychotherapy. In: C. H. Zeanah (Hrsg.). Handbook of infant mental health. NY–London: Guilford Press, 427–442.

Lieberman A. F. & Pawl J. H. (1995). The treatment of disorders of attachment at the infant–parent program. In: J. Belsky & T. Nezworski (Hrsg.). Clinical implications of attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 336–346.

Lieberman A. E., Weston D. R. & Pawl J. H. (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. Child Development, 62, 199–209.

Liotti G. (1991). Insecure attachment and agoraphobia. In: C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Hrsg.). Attachment across the life cycle. London–NY: Tavistock, 216–233.

Liotti G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. Dissociation, 4, 196–204.

Liu D., Diorio J., Tannenbaum B., Caldji C., Francis D., Freedman A., Sharma S., Pearson D., Plotsky P. M. & Meaney M. J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. Science, 1659–1662.

Lorenz K. (1943). Die angeborenen Formen möghcher Erfahrung. Zeitschrift für Tierpsychologie, 5, 235–409.

Lorenz K. (1965). Der Kumpan des Vogels. In: Ders., Über tierisches und menschliches Verhalten. Aus dem Werdegang der Verhaltenslehre. Gesammelte Abhandlungen. München: Piper, 235–409.

Lyons-Ruth K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 64–73.

Lyons-Ruth K. (2008). From infant attachment disorganization to adult dissociation. Vortrag bei der 1. Bi-Annual Conference European Society for Trauma and Dissociation (ESTD) Amsterdam: 18 April.

Lyons-Ruth K. & Jacobvitz D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.). Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications. NY–London: Guilford Press, 520–554.

Lyons-Ruth K., Connell D. B., Zoll D. & Stahl J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior and infant behavior. Developmental Psychology, 23, 223–232.

Lyons-Ruth K., Connell D. B. & Zoll D. (1989). Patterns of maternal behavior among infants at risk for abuse: Relations with infant attachment behavior and infant

development at 12 months of age. In: D. Cicchetti & V Carlson (Hrsg.). Child maltreatment. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 464–493.

Lyons-Ruth K., Connell D. B., Grunebaum H. U. & Botein S. (1990). Infants at social risks: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. Child Development, 61, 85–91.

Lyons-Ruth K., Repacholi B., McLeod S. & Silva E. (1991). Disorganized attachment behavior in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. Attachment and Developmental Psychopathology, 3, 377–396.

Lyons-Ruth K., Alpern L. & Repacholi B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. Child Development, 64, 572–585.

Lyons-Ruth K., Bronfman E. & Parsons E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. In: J. Vondra & D. Barnett (Hrsg.). Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk (Monographs of the Society for Research in Child Development, 258. V. 64, 3). Malden, Mass.: Blackwell, 67–96.

Lyons-Ruth K., Melnick S. & Bronfman E. (2002). Desorganisierte Kinder und ihre Mütter–Modelle feindselig-hilfloser Beziehungen. In: K. H. Brisch, K. E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.). Bindung und seelische Entwick–lungswege–Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta, 249–276.

Lyons-Ruth K., Yellin C., Melnick S. & Atwood G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. Development and Psychopathology, 17, 1–23.

Madigan S., Moran G. & Pederson D. (2006). Uresolved states of mind, disorganized attachment relationships, and disrupted interactions of adolescent mothers and their infants. Developmental Psychology, 42, 293–304.

Mahler M., Pine, F. & Bergmann A. (1978). Die psychische Gehurt des Menschen. Frankfurt/M.: S. Fischer.

Main M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment. In: C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Hrsg.). Attachment across the life cycle. London–NY: Tavistock, 127–159.

Main M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In: S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Hrsg.). Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 407–474.

Main M. & Cassidy J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: predicted from attachment classifications and stable over one-month period. Developmental Psychology, 24, 415–426.

Main M. & Goldwyn R. (1982). Adult attachment interview: Scoring and classification manual. Unveröffentl. Manual. University of California, Department of Psychology, Berkeley.

Main M. & Hesse E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Hrsg.). Attachment in the preschool years. Chicago: University of Chicago Press, 161–182.

Main M. & Morgan H. (1996). Disorganization and disorientation in infant strange situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states? In: L. Michelson & W. Ray (Hrsg.). Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives. NY: Plenum, 107–138.

Main M. & Solomon J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: T. B. Brazelton & M. Yogman (Hrsg.). Affective development in infancy. Norwood, NY: Ablex, 95–124.

Main M. & Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Hrsg.). Attachment in the preschool years. Chicago: University of Chicago Press, 121–160.

Main M., Kaplan N. & Cassidy J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In: I. Bretherton & E. Waters (Hrsg.). Growing points of attachment theory and research (Monographs of the Society for Research in Child Development, 209. V. 50. № 1/2). Chicago: The University of Chicago Press, 66–106.

Marvin R. S. & Brittner P. A. (1995). Classification system for parental caregiving patterns in the preschool strange situation. Unveröffentl. Manual. University of Virginia.

McElwain N. L., Cox M. J., Burchinal M. R. & Macfie J. (2003). Differentiating among insecure mother-infant attachment classifications: A focus on child-friend interaction and exploration during solitary play at 36 months. Attachment and Human Development, 5, 136–164.

Meaney M., Aitken D., Berkel C. V., Bhatnagar S. & Sapolsky R. (1988). Effect of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippocampus. Science, 239, 766–768.

Meaney M. J., Aitken D. H., Bhatnagar S., Bodnoff S. R., Mitchell J. B. & Sarrieau A. (1990). Neonatal handling and the development of the adrenocortical response to stress. In: N. Gunzenhauser (Hrsg.). Advances in touch: New implications in human development. Skillman, NJ: Johnson & Johnson, 11–23.

Meins E. (1997a). Security of attachment and early cognitive development. In: E. Meins (Hrsg.). Is security of attachment related to the infant's style of language acquisition? East Sussex, GB: Psychology Press, 57–74.

Meins E. (1997b). Security of attachment and the social development of cognition. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Meins E. (1997c). Security of attachment and the understanding of other minds. In: E. Meins (Hrsg.). Is security of attachment related to the infant's style of language acquisition? East Sussex, GB: Psychology Press, 111–128.

Meyer A. (1957). Psychobiology: A Science of man. Springfield: Thoma.

Minde K. K. (1993). The social and emotional development of low-birthweight infants and their families up to age four. In: S. Friedman & M. Sigman (Hrsg.). The psychological development of low-birthweight children. Advances in Allied Developmental Psychology. Norwood, NY: Ablex.

Minde K. K. (1995). Bindung und emotionale Probleme bei Kleinkindern: Diagnose und Therapie. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 361–374.

Naslund B., Persson-Blennow I., McNeil T., Kaij L. & Malmquist-Larsson A. (1984). Offspring of women with nonorganic psychosis: Infant attachment to the mother at one year of age. Acta Psychiatrica Scandinavica, 69, 231–241.

Newcombe N. S. (2007). Developmental psychology meets the Mommy Wars. Journal of Applied Developmental Psychology, 28, 553–555.

NICHD Early Child Care Network (1994). Child Care and Child Development: The NICHD Study of Early Child Care. In: L. Friedman & H. C. Haywood (Hrsg.). Developmental follow-up: Concepts, domains, and method, San Diego, CA: Academic Press, 37–396.

NICHD Study of Early Child Care Research Network (1996). Infant child care and attachment security. Results of the NICHD Symposium, International Conference on Infant Studies. Providence, RI, 20. April.

NICHD Study of Early Child Care Research Network (2006). Infant-mother attachment: Risk and protection in relation to changing maternal caregiving over time. Developmental Psychology, 42 (1), 38–58.

Neumann E. (1985). Die Große Mutter. Eine Phänomenologie der weiblichen Gestaltungen des Unbewußten. Olten: Walter.

O'Cormor T. G., Rutter M. and the English and the Romanian Adoptees (ERA) Study Team (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 703–712.

O'Connor T. G., Heron J., Golding J., Beveridge M. & Glover V. (2002). Maternal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. British Journal of Psychiatry, 502–508.

Oppenheim D., Emde R. N. & Warren S. (1997). Children's narrative representations of mothers: Their development and associations with child and mother adaptation. Child Development, 68, 127–138.

Orlinsky D. E., Grawe K. & Parks B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy-noch einmal. In: A. E. Bergin & L. Garfield (Hrsg.). Handbook of psychotherapy and behavior change. 4. Aufl. NY: Wiley, 270–376.

Papoušek H. (1977). Die Entwicklung der Lernfähigkeit im Säuglingsalter. In: G. Nissen (Hrsg.). Intelligenz, Lernen und Lemstörungen. Berlin–Heidelberg: Springer, 75–93.

Papoušek M. (1994). Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Bern: Huber.

Papoušek M. (1996). Kommunikations- und Beziehungsdiagnostik im Säuglingsalter– Einführung in den Themenschwerpunkt. Kindheit und Entwicklung, 5, 136–139.

Papoušek M. (2000). Einsatz von Video in der Eltem-Säuglings-Beratung und Psychotherapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 49, 611–627.

Parens H. (1989). Toward a reformulation of the psychoanalytic theory of aggression. In: S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Hrsg.). The course of life: Early childhood. Madison, Connecticut: International Universities Press, 83–127.

Parens H. (1993a). Does prevention in mental health make sense? In: H. Parens & S. Kramer (Hrsg.). Prevention in mental health. Northvale, NJ–London: Aronson, 123–148.

Parens H. (1993b). Neuformulierungen der psychoanalytischen Aggressionstheorie und Folgerungen für die klinische Situation. Forum der Psychoanalyse, 9, 107–121.

Parens H. (1993c). Toward the prevention of experience-derived emotional disorders in children by education for parenting. In: H. Parens & S. Kramer (Hrsg.). Prevention in mental health. Northvale, NJ–London: Aronson, 123–148.

Parens H. & Kramer S. (Hrsg.) (1993). Prevention in mental health. Northvale, NJ–London: Aronson.

Parens H., Scattergood E., Singletary, W. & Duff A. (1995). Kindliche Aggressionen. München: Kösel.

Parkes C. M., Stevenson-Hinde J. & Marris P. (Hrsg.) (1991). Attachment across the life cycle. London–NY: Tavistock.

Pearson J. L., Cohen D. A., Cowan P. A. & Cowan C. P. (1994). Earned- and continuous-security in adult attachment: Relation to depressive symptomatology and parenting style. Development & Psychopathology. 6, 359–373.

Perry B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In: D. Schetky & E. Benedek (Hrsg.). Textbook of child and adolescent forensic psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press, 221–238.

Perry B. D., Pollard A. R., Blakley T. L., Baker W. L. & Wigilante D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use dependant development of the brain: How states become traits. Infant Mental Health Journal, 16, 271–291.

Petersen Y. & Köhler L. (2005). Die Bindungstheorie als Basis psychotherapeutischer Interventionen in der Terminalphase. Forum Psychoanalyse, 21, 277–292.

Pilkonis P. A. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. Journal of Personality Disorders, 144–152.

Posada G., Waters E., Marvin R. S. & Cassidy J. (im Druck). Three-year-olds' ability to use the mother as a secure base: A comparison of the MacArthur strange situation classifications with naturalistic observations using the attachment Q-set. In: E. Waters, B. Vaughn, G. Posada & D. Teti (Hrsg.). Patterns of secure base behavior: Q-sort perspectives on attachment and caregiving in infancy and childhood. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Preston S. D. & de Waal F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. Behavioral and Brain Sciences, 25, 1–72.

Radke-Yarrow M. (1991). Attachment patterns in children of depressed mothers. In: C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Hrsg.). Attachment across the life cycle. London–NY: Tavistock, 115–126.

Radke-Yarrow M., Cummings E. M., Kuczynski L. & Chapman M. (1985). Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and families with parental depression. Child Development, 56, 884–893.
Radojevic M. (1992). Predicting quality of infant attachment to father at 15 months from prenatal paternal representations of attachment: An Australian contribution. 25th International Congress of Psychology: Brüssel.
Reddemann L. & Sachsse U. (1996). Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter Patientinnen und Patienten. Psychotherapeut, 41, 169–174.
Reite M. (1990). Effects of touch on the immune system. In: N. Gunzenhauser (Hrsg.). Advances in touch: New implications in human development. Summary Publications in the Johnson & Johnson Pediatric Round Table Series, 22–31. Skillman, NY: Johnson & Johnson.
Reite M. & Field T. (Hrsg.) (1985). The psychobiology of attachment and separation. Orlando: Academic Press.
Remschmidt H. & Schmidt M. H. (Hrsg.) (1994). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber.
Resch F. (1996). Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
Rizzolatti G., Craighero L. & Fadiga L. (2004). The mirror system in humans. In: M. Stamneov & V. Gallese (Hrsg.). Mirror neurons and the evolution of brain and language. Amsterdam: John Benjamins, 37–59.
Robertson J. (1952). Film: A two-year-old goes to hospital. London: Tavistock.
Rogers C. (1973). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München: Kindler.
Rogosch F. A., Cicchetti D. & Aber J. L. (1995). The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. Development and Psychopathology, 7 (4), 591–609.
Rudolf G., Grande T. & Porsch U. (1988). Die initiale Patient-Therapeut-Beziehung als Prädiktor des Behandlungsverlauf Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 34, 32–49.
Rutter M. (1978). Bindung und Trennung in der frühen Kindheit. Forschungsergebnisse zur Mutterdeprivation. München: Juventa.
Rutter M., Andersen-Wood L., Beckett C., Bredenkamp D., Casde J., Groothues C., Kreppner J., Keaveney L., Lord C., O'Connor T. G. and the English and Romanian Adoptees (ERA) study team (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40, 537–549.
Sameroff A. J. & Emde R. N. (1989). Relationship disturbances in context. In: A. J. Sameroff & R. N. Emde (Hrsg.). Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach. NY: Basic Books, 221–255.
Saß H., Wittchen H.-U. & Zaudig M. (Hrsg.) (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen–Bem–Toronto–Seattle: Hogrefe.

Schain J. (1989). The new infant research: Some implications for group therapy. Group, 13 (2), 112–122.

Scheuerer-Englisch H. (1989). Das Bild der Vertrauensbeziehung bei 10 jährigen Kindern und ihren Eltern. Unveröffentl. Diss., Regensburg.

Schieche M. & Spangler G. (1994). Biobehavioral organization in one-year-olds: Quality of mother–infant attachment and immunological and adrenocortical regulation. Pychologische Beiträge, 36, 30–35.

Schmidt S. & Strauß B. (1996). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Psychotherapeut, 41, 139–150.

Schmücker G., Buchheim A., Köhntop B., Betzier S., Pohlandt F., Pokorny D., Kächele H. & Brisch K. H. (2000). Mother–child interaction of very low birthweight premature infants: Investigating the influence of neurobiological risk factors and a psychotherapeutic intervention. 7th Congress World Association for Infant Mental Health, Montreal/Canada, 28 July.

Schmücker G., Brisch K. H., Köhntop B., Betzier S., Osterle M., Kächele H., Pohlandt F., Pokorny D., Laucht M. & Buchheim A. (2005). The influence of prematurity, matemal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. Infant Mental Health Journal, 26 (5), 423–441.

Schore A. N. (1996). The experience-dependent maturation of regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. Development and Psychopathology, 8, 59–87.

Schore A. N. (1997). Early development of the nonliniar right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. Development and Psychopatholgy, 9, 595–631.

Schore A. N. (2001a). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health Journal, 22, 201–269.

Schore A. N. (2001b). Effects of secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health Journal, 22, 7–66.

Schore A. N. (2007). Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schore J. R. & Schore A. (2008). Modem attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. Clinical Social Work Journal, 36, 9–20.

Schramm E. (1996). Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart–NY: Schattauer.

Schuengel C., Bakermans-Kranemburg M. J. & van IJzendoorn M. H. (1999a). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 54–63.

Schuengel C., Bakermans-Kranemburg M. J., van IJzendoorn M. H. & Blom M. (1999b). Unresolved loss and infant disorganization: Links to frightening maternal behavior. In: J. Solomon & C. George (Hrsg.). Attachment disorganization. NY–London: Guilford Press, 71–94.

Schur M. (1960). Discussion of Dr. John Bowlby's paper. Psychoanalytic Study of the Child, 15, 63–84.

Segal H. (1983). Melanie Klein. Eine Einführung in ihr Werk. Frankfurt/M.: S. Fischer.

Silverman R. C. & Lieberman A. F. (1999). Negative maternal attributions, projective identification, and the intergenerational transmission of violent relational patterns. Psychoanalytic Dialogues, 9, 161–186.

Slade A. (2007). Disorganized mother, disorganized child: The mentalization of affective dysregulation and therapeutic change. In: D. Oppenheim & D. F. Goldsmith (Hrsg.). Attachment theory in clinical work with children. NY: Guilford Press, 226–250.

Solomon J. & George C. (Hrsg.) (1999a). Attachment disorganization. NY–London: Guilford Press.

Solomon J. & George C. (1999b). The caregiving system in mothers of infants: A comparison of divorcing and married mothers. Attachment & Human Development, 1, 171–190.

Solomon J. & George C. (1999c). Toward an integrated theory of maternal caregiving. In: J. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Hrsg.). WAIMH. Handbook of infant mental health. Ed. 3. NY: Wiley, 323–368.

Spangler G. (1998). Attachment representation and emotional regulation: A psychobiological perspective. Development, Structure, and Functioning of Internal Working Models. Symposium Universität Regensburg, 6–7 July 1998.

Spangler G. & Grossmann K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. Child Development, 64, 1439–1450.

Spangler G. & Schieche M. (1995). Psychobiologie der Bindung. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 297-31o.

Spangler G. & Zimmermann P. (Hrsg.) (1995). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Spangler G., Johann M., Ronai Z. & Zimmermann P. (eingereicht). Genetic and environmental influence on attachment disorganization.

Spieker J. & Booth C. L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In: J. Belsky & T. Nezworski (Hrsg.). Clinical implications of attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 95–135.

Spitz R. A. (1957). Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Spitz R. A. (1960). Discussion of Dr. John Bowlby's paper. Psychoanalytic Study of the Child, 15, 113–117.

Spitz R. A. (1967). Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind – Beziehungen im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett-Cotta.

Spitzer M. (2000). Das hast Du von der Mutter – aber nicht geerbt. Nichtgenetische Weitergabe von Charaktereigenschaften über mehrere Generationen im Tier – experiment. Nervenheilkunde, 19, 48–87.

Sroufe L. A. (1979). The coherence of individual development: Early care, attachment and subsequent developmental issues. American Psychologist, 34, 84–841.

Sroufe L.A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. Child Development, 56, 1–14.

Sroufe L.A. & Fleeson J. (1988). The coherence of family relationships. In: R.A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Hrsg.). Relationships within families. Mutual Influences. Oxford: Clarendon Press, 27–47.

Sroufe L.A. & Rutter M. (1984). The domain of developmental psychopathology. Child Development, 55, 17–29.

Steele H. & Steele M. (1994). Intergenerational patterns of attachment. Advances in Personal Relationships, 5, 93–120.

Steele M., Hodges J., Kaniuk J., Henderson K., Hillman S. & Bennett P. (2002). Weitererzählungen von Geschichten als Methode zur Erfassung der inneren Welt des Kindes – Implikationen fur die Adoption. In: K.H. Brisch K.E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.). Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta, 339–352.

Stern D. (1989). The representation of relational patterns: Developmental consideration. In: A.J. Sameroff & R.N. Emde (Hrsg.). Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach. NY: Basic Books, 52–69.

Stern D. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stevenson-Hinde J. (1990). Attachment within family systems: An overview. Infant Mental Health Journal, 218–227.

Stierlin H. (1980). Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Strauß B. (2008). Bindung und Psychopathologie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Strauß B. & Schmidt S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Psychotherapeut, 42, 1–16.

Stuhr, U. (1993). Die Deutungsarbeit im psychoanalytischen Dialog. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Suess G.J., Grossmann K.E. & Sroufe L.A. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaption in preschool: From dyadic to individual organization of self International Journal of Behavioral Development, 15, 43–65.

Target M., Fonagy P. & Shmueli-Goetz Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the child attachment interview (CAI). Journal of Child Psychopathology, 29, 171–186.

Teicher M.H. (2000). Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse. Cerebrum, 4, 50–67.

Teicher M.H., Polcari A., Andersen S.L., Anderson C.M. & Navalta C. (2003). Neurobiological effects of childhood stress and trauma. In: S.W. Coates (Hrsg.). September 11, trauma and human bonds. Hillsdale: The Analytic Press, 211–238.

Thomä H. & Kächele H. (1985). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1: Grundlagen. Berlin–Heidelberg: Springer.

Tinbergen N. (1952). Instinktlehre. Vergleichende Erforschung angeborenen Verhaltens. Berlin–Hamburg: Parey.

Tress W. (1986). Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen psychogene Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Uvnäs-Moberg K. (2007). Die Bedeutung des Hormons «Oxytocin» für die Entwicklung der Bindimg des Kindes und der Anpassungsprozesse der Mutter nach der Geburt. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Die Anfänge der Eltem-Kind-Bindung. Stuttgart: Klett-Cotta, 183–212.

Uvnäs-Moberg K. & Petersson M. (2005). Oxytocin, ein Vermittler von Antistress, Wohlbefinden, sozialer Interaktion, Wachstum und Heilung. Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 51, 57–80.

van den Boom D. C. (1990). Preventive intervention and the quality of mother-infant interaction and infant exploration in irritable infants. In: W. Koops, H. Soe, J. van der Linden, P. C. M. Molenaar & J. J. F. Schroots (Hrsg.). Developmental psychology behind the dikes. Delft/NL: Uitgeverij Ekuron, 249–268.

van den Boom D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. Child Development, 65, 1457–1477.

van der Hart O., Nijenhuis E. R. S. & Steele K. (2008). Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann. (Engl. Original: The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. NY: Norton.)

van IJzendoorn M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. Psychological Bulletin, 117, 387–403.

van IJzendoorn M. H. & Bakermans-Kranenburg M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. Journal of Consulting and Clinical Psychology 64 (1), 8–21.

van IJzendoorn M. H. & Bakermans-Kranenburg M. J. (1997). Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. In: L. Atkinson & K. J. Zucker (Hrsg.). Attachment and psychopathology. NY–London: Guilford Press, 135–170.

van IJzendoorn M. H. & De Wolff M. (1997). In search of the absent father – meta-analysis of infant-father attachment: A rejoinder to our discussant. Child Development, 68, 604–609.

van IJzendoorn M. H., Frenkel O. J., Goldberg S. & Kroonenberg P. M. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. Child Development, 63, 840–858.

van IJzendoorn M. H., Juffer E. & Duyvesteyn M. G. C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. Joumal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 36, 225–248.

van IJzendoorn M. H., Schuengel C. & Bakermans-Kranenburg M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelæ. Development and Psychopathology, 11, 225–249.

Wartner U. G., Grossmaim K., Fremmer-Bombik E. & Suess G. (1994). Attachment patterns at age six in South Germany: predictability from infancy and implications for preschool behavior. Child Development, 65, 1014–1027.

Weaver I. C. G., Cervoni N., Champagne F. A., D'Alessio A. C., Sharma S., Seckl J. R., Dymov S., Szyf M. & Meaney M. J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. Nature Neuroscience, 7, 847–854.

Weaver I. C. G., Meaney M. J. & Szyf M. (2006). Matemal care effects on the hippocampal transcriptome and anxiety-mediated behaviors in the offspring that are reversible in adulthood. PNAS, 103, 3480–3485.

Werner E. (1990). Protective factors and individual resilience. In: S. Meisels & J. P. Shonkoff (Hrsg.). Handbook of early childhood intervention. NY: Cambridge University Press, 97–116.

Werner E. E. (2007a). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 1. Aufl. München: Reinhardt, 20–31.

Wemer E. E. (2007b). Resilienz: Ein Uberblick über internationale Längsschnittstudien. In: G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2. Aufl. München: Reinhardt, 311–326.

West M. & George C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. Attachment & Human Development, 4, 278–293.

Winnicott D. W. (1974). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler.

Winnicott D. W. (1976a). Primäre Mütterlichkeit (1956). In: Ders., Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler, 153–160.

Winnicott D. W. (1976b). Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler.

Wittchen H. U., Saß H., Zaudig M. & Koehler K. (Hrsg.) (1991). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM–III-R (3. Aufl.). Weinheim–Basel: Beltz.

Wöller W. (1998). Die Bindung des Mißbrauchsopfers an den Mißbraucher – Beiträge aus der Sicht der Bindungstheorie und der Psychoanalyse. Psychotherapeut, 43 (2), 117–120.

Wurmser H. (2007). Einfluß der pränatalen Streßbelastung der Mutter auf die kindliche Verhaltensregulation im ersten Lebenshalbjahr. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Die Anßnge der Eltem-Kind-Bindung. Stuttgart: Klett-Cotta, 129–156.

Zeanah C. H. & Emde R. N. (1994). Attachment disorders in infancy and childhood. In: M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Hrsg.). Child and adolescents psychiatry: Modem approaches. 3. Aufl. Oxford: Blackwell Scientific Publication, 490–504.

Zeanah C. H., Mammen O. K. & Lieberman A. F. (1993). Disorders of attachment. In: C. H. Zeanah (Hrsg.). Handbook of infant mental health. NY–London: Guilford Press, 332–349.

Zelenko M. & Benham A. (2000). Videotaping as a therapeutic tool in psychodynamic infant–parent therapy. Infant Mental Health Joumal, 21, 192–203.

Zimmermann P. & Grossmann K. (1996). Transgenerational aspects of stability in attachment quality between parents and their adolescent children. Vortrag beim Biennial Meeting of the ISSBD Quebec City, Kanada, 12–16 August 1996.

Zimmermann P., Spangler G., Schieche M. & Becker-Stoll F. (1995). Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 311–332.

ZTT-DC: 0–3. ZERO TO THREE. National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hrsg.) (1999). Diagnostische Klassifikationen: 0–3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Wien–NY: Springer.

Научное издание
Серия «Клиническая психология»

Карл Хайнц Бриш

Терапия нарушений привязанности

От теории к практике

Редактор – *В. И. Белопольский*
Макет и верстка – *С. С. Фёдоров*
Корректор – *Л. В. Бармина*

Издательство «Когито-Центр»
129366, Москва, ул. Ярославская, 13
Тел.: (495) 682-61-02
E-mail: post@cogito-shop.com, cogito@bk.ru
www.cogito-centre.com

Сдано в набор 25.05.12. Подписано в печать 31.05.12
Формат 70×100/16. Бумага офсетная. Печать офсетная
Гарнитура ITC Charter. Усл. печ. л. 25,92. Уч.-изд. л. 20,5
Тираж 1500 экз. Заказ .

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»
143200, МО, г. Можайск, ул. Мира, д. 93

Э. Фоа, Т. Кин, М. Фридман

ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА



ISBN 5-89353-155-8
70x100/16, пер.
467 с. 2005

Данное руководство базируется на анализе результатов исследований эффективности психотерапии взрослых, подростков и детей, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Цель руководства – помочь клиницисту в лечении таких больных. Поскольку терапия ПТСР проводится специалистами с различной профессиональной подготовкой, авторы глав руководства осуществляли междисциплинарный подход к проблеме. Книга в целом объединяет усилия психологов, психиатров, социальных работников, арт-терапевтов, семейных консультантов и др. Главы руководства обращены к широкому кругу специалистов, занимающихся лечением ПТСР. Книга состоит из двух частей. Главы первой части посвящены обзору результатов наиболее важных исследований. Во второй части приведено краткое описание применения разных терапевтических подходов для лечения ПТСР ☆

Фрэнк В. Патнем

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛИЧНОСТИ



ISBN 5-89353-106-X
70x100/16, пер.
440 с. 2004

Перевод на русский язык книги известного американского психиатра Ф.В.Патнема восполняет существенный пробел в отечественной литературе по проблеме диссоциативных расстройств. Многолетний опыт работы с пациентами, страдающими расстройством множественной личности, позволяет автору книги рассеять атмосферу таинственности, созданную вокруг этого расстройства. В книге дается детальное описание клинической картины, диагностики и терапии расстройства множественной личности и примеры успешного применения разработанной автором стратегии лечения. Рекомендуется в качестве руководства и учебного пособия для психологов, психотерапевтов, психиатров, студентов медицинских вузов ☆

Петер Куттер, Томас Мюллер

ПСИХОАНАЛИЗ
ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ



ISBN 978-5-89353-332-3
70x100/16, пер.
384 с. 2011

В книге представлены не только выдержавшие испытание временем традиционные взгляды на основы психоанализа, но и новые, возникшие за последние годы. Рассмотрены все разделы психоанализа, изложена его увлекательная история, определено его положение в ряду наук, затронута проблема развития, в том числе результаты наблюдений за младенцами, теория символизации, учение о сновидениях, теория болезней, а также дан обзор разнообразных прикладных исследований на базе психоанализа. При этом не только подчеркиваются достоинства и успехи современного психоаналитического метода, но и отдается должное ограничениям, с которыми связана реальная психотерапевтическая работа ☆

Жан-Мишель Кинодо

ЧИТАЯ ФРЕЙДА
ИЗУЧЕНИЕ ТРУДОВ ФРЕЙДА В ХРОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ



ISBN 978-5-89353-352-1
70x100/16, пер.
416 с. 2012

В основу книги положен опыт проведения семинара по изучению трудов Зигмунда Фрейда, организованного Жан-Мишелем Кинодо в 1998 г. в рамках подготовки специалистов в Психоаналитическом центре им. Раймона де Соссюра (Женева). Каждая глава книги посвящена отдельному произведению Фрейда, причем хронологический принцип изложения позволяет читателю представить ход мысли основателя психоанализа, а системность подачи материала формирует целостное впечатление об изучаемой работе. Помимо обсуждения произведения, дается информация о социально-исторических условиях его написания, излагаются соответствующие по времени факты жизни Фрейда и значимых для психоанализа фигур, выделяются основные понятия, введенные Фрейдом в данной работе, а также прослеживается судьба этих понятий в хронологической перспективе и в трудах постфрейдистов ☆

Жинетт Парис

МУДРОСТЬ ПСИХИКИ
ГЛУБИННАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ВЕК НЕЙРОНАУК

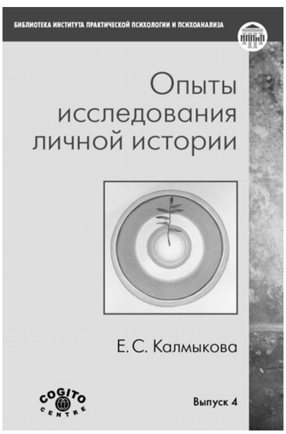


ISBN 978-5-89353-361-3
84x108/32, обл.
334 с. 2012

В этой книге Жинетт Парис открывает новый жанр психологического письма, которое соединяет интимные данные личной биографии, человечески трогательные истории пациентов и радикальные, захватывающие дух теоретические рассуждения о будущем глубинной психологии. Она считает, что на следующей ступени эволюции психология будет меньше интересоваться патологией, предоставив это нейронаукам, и станет чем-то вроде философского обучения, способного подготовить личность к путешествию по стране радости и боли. Необходимость спуска в царство Аида составляет центральную идею глубинной психологии, и эта идея заново исследуется в этой книге ☆

Е. С. Калмыкова

ОПЫТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОЙ ИСТОРИИ
НАУЧНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ
И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ



ISBN 978-5-89353-360-6
60x90/16, обл.
182 с. 2012

В книге представлены работы двух типов – посвященные научному изучению психотерапевтического процесса и феномена привязанности, а также описания клинических случаев из психоаналитической практики. Темы научно-исследовательских работ отражают интерес автора к порождению и функционированию нарратива в психотерапевтическом взаимодействии и в психической жизни индивида. В повествовании человека о своей жизни проявляются основные компоненты его психодинамики, в частности, способность к символизации и переработке получаемого опыта. Возможность конструирования и реконструирования личной истории рассматривается автором как один из важнейших факторов психического развития. Клинические описания позволяют увидеть, как нарратив пациента изменяется по ходу психоаналитической работы, какие внешние и внутренние условия необходимы для успешного осуществления этих изменений ☆